

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

INTRODUCTION A L'ETUDE DU PSYCHISME CHEZ LES ANIMAUX SUPERIEURS

PAR

PHILIPPE DECOURT

L'étude du psychisme animal prend une importance particulière depuis la découverte de médicaments capables d'agir dans les maladies mentales. On tente en effet maintenant de trouver des tests de laboratoire dont les résultats pourraient être appliqués à la clinique psychiatrique. Mais dans quelle mesure les « psycho-névroses » que l'on prétend parfois créer artificiellement chez l'animal dans un but expérimental sont-elles réellement assimilables aux psycho-névroses observées en clinique humaine ? Cette question soulève de nombreux problèmes dont on ne doit sous-estimer ni l'importance, ni les difficultés. Or, certaines expériences ne me semblent pas avoir une signification aussi claire que quelques auteurs paraissent le penser.

Avant d'aborder une étude comparative entre les « psycho-névroses expérimentales » et les maladies psychiatriques, il conviendrait que l'on eût d'abord une connaissance suffisante des activités mentales de l'animal supérieur pour qu'il soit possible de les comparer utilement avec celles que l'intervention du langage verbal a rendues beaucoup plus complexes chez l'Homme.

Il faudrait ensuite que l'on connût les mécanismes organiques ou psychogénétiques capables de perturber la vie mentale non seulement de l'Homme, mais des animaux qui lui sont psychiquement inférieurs.

L'accord est loin d'être fait sur ces divers problèmes et j'estime que nos connaissances dans ce domaine sont beaucoup moins évidentes qu'on paraît souvent le penser parce que l'on n'a tenté ni d'analyser suffisamment le contenu des phénomènes mentaux communs aux hommes et aux animaux supérieurs, ni même de définir toujours d'une façon précise la terminologie couramment utilisée dans les sciences intéressant le domaine de l'esprit.

Des recherches entreprises depuis longtemps sur l'organisation nerveuse m'ont conduit à étudier en particulier la genèse et les aspects divers de la vie mentale et de ses perturbations chez l'Homme et les animaux. Mais la diversité de ces recherches nécessitera une série de publications séparées dont le lien pourrait paraître longtemps indistinct. Cette « *Introduction à l'étude du psychisme chez les animaux supérieurs* » a pour but d'indiquer très sommairement à l'avance le cadre général à l'intérieur duquel viendront progressivement s'insérer les études particulières qui seront ensuite publiées.

*
*
*

A) LES PRINCIPALES TENDANCES HISTORIQUES ET CONTEMPORAINES DEVANT LE PROBLÈME DU PSYCHISME ANIMAL

Pendant longtemps, la notion d'« instinct » a dominé la conception que l'on avait du psychisme animal, que l'on opposait ainsi au psychisme de l'homme. Ce dualisme fondamental établi entre l'Homme et les animaux avait d'ailleurs une origine religieuse que l'on retrouve encore indiquée dans le Dictionnaire Larousse de 1892 : « L'instinct est un don particulier aux animaux qui les porte à exécuter certains actes sans avoir la notion de leur but, à employer des moyens toujours les mêmes sans jamais chercher à s'en créer d'autres, ni à connaître les rapports qui existent entre les moyens et le but. L'*instinct* diffère de l'*intelligence* en ce que celle-ci, émanation de la Divinité, réside essentiellement dans la variabilité des moyens qu'elle emploie, tandis que dans l'instinct tout est aveugle, nécessaire et invariable ; c'est pour ainsi dire une habitude innée et héréditaire sans

aucune altération. Il y a donc une différence entre l'instinct des animaux et l'intelligence de l'homme... Tout ce que l'homme sait faire est le produit de l'étude et de la réflexion ; les animaux n'étudient, ni ne réfléchissent jamais. Leur habileté ne vient pas d'eux, mais du Créateur qui l'a mise en eux sans qu'ils le sachent. »

Cette doctrine idéaliste (spiritualiste et métaphysique) s'accompagnait tout naturellement d'une profonde conception « fixiste » inspirée de la Bible et ainsi exprimée par Linné : « Il existe autant d'espèces diverses que Dieu créa de formes diverses à l'origine des choses. »

*
**

Bien que certaines idées évolutionnistes puissent être trouvées dans les écrits de quelques auteurs comme Maupertuis, Buffon ou Goethe, et plus loin encore dans certaines écoles de l'antiquité, on comprend que la vaste conception évolutionniste et transformiste de Lamarck ait paru tout à fait révolutionnaire lorsqu'il la formula pour la première fois en 1800, et qu'elle ait été aussitôt violemment combattue. Elle s'opposait, en effet, à la doctrine idéaliste et fixiste en déclarant que :

1° Il faut complètement séparer la métaphysique de l'étude des « lois de la nature », car celles-ci sont indépendantes de la puissance qui les a créées. Lamarck invente le mot « biologie », car la vie doit être l'objet d'une science autonome, indépendante des conceptions métaphysiques qui n'entrent pas dans le domaine de la science.

2° Les espèces n'ont pas été créées d'emblée, elles ne sont pas invariables, mais se sont progressivement formées à partir d'éléments d'abord rudimentaires, primitivement issus de la matière inanimée, qui se sont ensuite « développés, multipliés et diversifiés ». L'espèce humaine représente l'aboutissement actuel d'un long processus de développement qui n'a pas cessé de se poursuivre depuis l'origine du monde vivant. Comme les autres facultés animales, les facultés nerveuses supérieures, même les facultés intellectuelles de l'homme, correspondent à des « phénomènes entièrement organiques ».

De cette très vaste conception, — si souvent déformée, amoindrie ou mal interprétée depuis, que l'on doit se reporter directement aux textes de Lamarck si l'on veut en avoir une connais-

sance exacte —, on ne rappellera ici que quelques points particuliers.

Pour expliquer l'évolution générale du monde vivant, les transformations progressives des espèces, Lamarck invoque les effets combinés et en partie contradictoires de deux ordres de phénomènes :

a) Le « pouvoir de la vie » (correspondant dans son esprit à ce que nous appelons maintenant « l'orthogénèse »), qui tend à provoquer une *progression régulière* dans la composition et le perfectionnement des organismes (comme les auteurs actuels traitant de l'orthogénèse, il se borne à constater ce pouvoir sans en chercher le mécanisme).

b) Les influences extérieures, qui produisent « des *interruptions*, des *déviation*s diverses et irrégulières dans les résultats du pouvoir de la vie ». Celles-ci expliquent l'irrégularité de la gradation phylogénétique, et l'existence « en beaucoup d'endroits des ramifications latérales, dont les extrémités offrent des points véritablement isolés » (ramifications décrites maintenant sous le nom de « *phyllums* »).

Contrairement à une opinion courante, ces influences extérieures sont les seuls facteurs de l'évolution dont il explique le mécanisme par sa théorie célèbre des « habitudes » : celles-ci sont créées sous l'influence de conditions extérieures dont les modifications établissent des besoins nouveaux. Quand les conditions (ou « circonstances ») extérieures varient, les habitudes varient aussi, et si ces conditions persistent pendant de nombreuses générations, les habitudes finissent par devenir héréditaires. Contrairement à ce qu'on lui fait souvent dire maintenant, Lamarck a bien insisté sur le fait que les conditions extérieures « n'opèrent directement sur la forme et sur l'organisation des animaux aucune modification quelconque » : elles agissent uniquement en modifiant de façon durable l'activité organique, et plus spécialement (chez les animaux supérieurs) l'activité nerveuse.

Créateur de la phylogénèse, c'est surtout sur elle que Lamarck s'appuie pour comprendre la genèse et le mécanisme des fonctions organiques, notamment de l'activité nerveuse supérieure. En effet, dit-il, une fonction ne peut se manifester que si l'organe correspondant à cette fonction existe simultanément ; donc, si l'on observe l'ensemble de la série animale, l'apparition simultanée dans l'évolution phylogénétique d'une activité fonction-

nelle et d'un organe permet d'en déduire *à priori* que cet organe correspond à cette activité fonctionnelle ; plus précisément, Lamarck estime qu'à chaque fonction générale correspond « un organe ou un *système d'organes* ». C'est ainsi que l'on doit distinguer dans l'encéphale trois types d'activités :

1° La plus inférieure correspond aux fonctions de la motricité et de la sensibilité ; c'est la seule qui existe chez les animaux inférieurs possédant un système nerveux central rudimentaire.

2° La plus élevée, correspondant aux fonctions de l'intelligence et de la volonté consciente, a pour siège les hémisphères cérébraux (que Lamarck appelle « *hypocéphale* »), et n'existe que chez les vertébrés.

3° Entre les deux, la région cérébrale immédiatement sous-jacente à l'hypocéphale (équivalent à notre région sous-corticale) est le siège d'activités nerveuses complexes qu'il groupe sous la dénomination générale de « *sentiment intérieur* ». L'activité de cette région de l'encéphale n'a « rien de commun avec celle d'éprouver des sensations, ni avec celle de penser ou de combiner des idées » ; elle est essentiellement le siège des processus de « *l'émotion* » et de « *l'attention* » :

a) *L'émotion* agit sur l'ensemble de l'activité organique et spécialement sur le système vasculaire périphérique et sur le rythme cardiaque ; elle peut aussi commander le comportement en faisant « agir immédiatement l'individu sans l'intervention de la pensée, du jugement et de la volonté », « sans la nécessité d'une préméditation ».

b) *L'attention* détermine l'activité intellectuelle (qui siège dans l'hypocéphale, c'est-à-dire le cortex). Ainsi, l'activité sous-corticale commande l'activité corticale.

Inversement, l'activité corticale peut contrôler l'activité sous-corticale, mais elle n'existe pratiquement que chez les animaux supérieurs ; aussi, « il n'y a guère que l'homme et quelques animaux des plus parfaits qui, dans les instants de calme intérieur, se trouvant affectés par quelque intérêt qui se change aussitôt en besoin, parviennent alors à maîtriser assez leur *sentiment intérieur* ému, pour laisser à leur pensée le temps de juger et de choisir l'action à exécuter. Aussi, ce sont les seuls êtres qui puissent agir volontairement ; et, néanmoins, ils n'en sont pas toujours les maîtres ».

On ne doit pas oublier que Lamarck jetait ainsi les bases fondamentales de la physiologie nerveuse supérieure et des principales localisations cérébrales bien avant que soit définitivement abandonnée l'idée que l'encéphale était « fonctionnellement homogène » (les « localisations » cérébrales proposées par Gall à la même époque étaient très différentes : basées sur la forme du crâne, elles furent trop fantaisistes pour être considérées comme ayant eu une valeur scientifique).



L'extrême modernisme des idées de Lamarck explique pourquoi elles furent si fortement combattues dès l'origine, et pourquoi elles se trouvent de nouveau maintenant au centre des discussions dans de nombreux domaines de la science. Nous nous en tiendrons ici au domaine de la vie mentale. A ce sujet, Y. Delage et M. Goldsmith écrivaient en 1909 :

« Quelle est l'origine de notre vie psychique ? Les nouvelles théories cherchaient à rattacher les phénomènes psychiques à ceux relevant de la physiologie nerveuse, de celle du corps spécialement ; or, notre cerveau étant un produit du perfectionnement graduel de cet organe dans la série animale, la pensée humaine n'apparaît-elle pas, elle aussi, comme un aboutissant perfectionné de la psychologie animale ? On comprend à quel point cette façon de poser la question heurtait toutes les idées reçues, toutes les conceptions qui paraissaient non seulement indiscutables, mais nécessaires même pour que l'homme fût vraiment l'homme. Que devenait, en effet, si l'on acceptait le nouveau point de vue, l'idée de notre libre arbitre, base soi-disant indispensable de toute morale ? Et où chercherait-on un guide pour la conduite humaine si on renonçait à la conception spiritualiste ?

« Il était naturel que la victoire de l'idée évolutionniste fût ici plus difficile que dans tous les autres domaines. »

On s'explique la violence de la riposte de Cuvier : au nom de la doctrine « fixiste » et de sa théorie personnelle des « révolutions géologiques », il use de toute son immense notoriété pour attaquer Lamarck, puis, après la mort de ce dernier, Et. Geoffroy Saint-Hilaire qui soutenait la conception lamareckienne. Cette lutte célèbre passionna Goethe, mais aussi beaucoup d'autres comme Lyell qui, opposant à Cuvier en géologie la théorie évolutionniste, impressionna vivement la jeunesse de Ch. Darwin.

C'est ainsi qu'après d'autres, Wallace et Darwin adoptent la conception évolutionniste de Lamarck, mais sans accepter entièrement sa conception transformiste : ce n'est aucunement (Wallace), ou fort peu (Darwin), sous l'influence des facteurs extérieurs que les organes se modifient, et le rôle de la sélection naturelle (que Lamarck n'avait nullement méconnu, contrairement à une opinion souvent répandue) devient prépondérant : pour Lamarck, la lutte des espèces « dominantes » contre les espèces possédant moins de moyens d'attaque ou de défense, et les facteurs climatériques ou autres, explique la multiplication plus ou moins grande des espèces et parfois leur disparition, mais elle n'explique pas la transformation de leurs organes, alors que Darwin et surtout Wallace introduisent dans l'évolution un élément de finalité (qui s'oppose à la conception orthogénétique de Lamarck) : bien que régies par les lois du hasard, les minimales différences survenant spontanément entre les individus aboutissent en fait à une évolution progressive parce que l'évolution, grâce à la sélection, s'achemine automatiquement *vers* la multiplication et la conservation du plus apte. En fait, Wallace et Darwin sont évolutionnistes, mais non réellement transformistes. Aussi ne faut-il pas s'étonner que, dans son premier Essai sur sa conception de la sélection naturelle (paru en 1858), Wallace donne le titre suivant à l'un de ses chapitres : « Que l'hypothèse ici présentée diffère beaucoup de celle de Lamarck ». Non seulement, ni Wallace, ni Darwin (dans son célèbre ouvrage paru en 1859) n'adoptent le transformisme, mais ils ne se préoccupent pas de savoir sous quelles influences les organes peuvent subir des transformations, des espèces nouvelles apparaître, au cours de l'évolution phylogénétique. Peut-être n'a-t-on pas suffisamment remarqué qu'au point de vue de l'origine et de la nature du psychisme supérieur de l'homme, cette différence modifiait tout : on pouvait, en effet, ne plus considérer que le psychisme de l'homme représente le simple développement du psychisme animal, mais un nouvel élément (dû au hasard pour les matérialistes, à l'intervention divine pour les autres) dans une espèce qui s'est ensuite multipliée grâce à la sélection.

Mais les objections les plus graves contre Lamarck furent élevées un peu plus tard, surtout sous l'influence de Weissmann, par ceux que l'on a appelés les « néo-darwiniens » et qui nièrent totalement l'hérédité des caractères acquis, l'une des bases fondamentales de la conception lamarckienne. Si personne ne dou-

tait plus, pratiquement, de la conception évolutionniste de Lamarck, les « néo-darwiniens » ne cessèrent plus d'attaquer sa conception transformiste avec une rare violence ; en 1947, Guyénot écrit : « La théorie de Lamarck nous apparaît aujourd'hui comme véritablement enfantine », et cette opinion est encore partagée par la quasi-totalité des biologistes anglo-saxons. Pourtant, la conception lamarckienne de l'hérédité des caractères acquis ne cessa pas d'être soutenue par quelques savants isolés, mais éminents, notamment Cope aux Etats-Unis, et en France Le Dantec (qui en proposa une explication par le mécanisme de « l'assimilation fonctionnelle »). Depuis quelques années, elle est revenue au premier plan de l'actualité scientifique à la suite des fameuses discussions de Moscou (1948), où l'hérédité des caractères acquis a pris rang de doctrine soviétique officielle. Très récemment (1950), le biologiste et embryologiste P. Wintrebert, sous le nom de « lamarckisme chimique », a tenté de donner une nouvelle explication du mécanisme biochimique qui interviendrait dans le transformisme lamarckien.

*
**

Pavlov est parti de recherches expérimentales réalisées exclusivement sur l'activité nerveuse des animaux supérieurs, fort éloignées des études phylogénétiques de Lamarck. C'est ce qui explique sans doute en partie pourquoi il paraît les avoir totalement ignorées, et il est d'autant plus intéressant de constater que les neuro-physiologistes russes, avec un point de départ très différent, ont abouti aux conceptions lamarckiennes.

Plus d'un siècle sépare Lamarck de Pavlov. Celui-ci a donc pu utiliser un énorme acquis scientifique qui manquait au premier. Même si l'on n'est pas entièrement d'accord avec toutes les interprétations de l'école pavlovienne, on ne peut nier l'intérêt considérable de leurs recherches expérimentales. Il me paraît inutile de les rappeler ici tant elles sont connues. Leur intérêt essentiel réside dans la démonstration des « réflexes conditionnels » qui apportent un élément nouveau dans la genèse des « habitudes » de Lamarck. Comme ce dernier, Pavlov estime que ces habitudes nouvelles naissent sous l'influence des conditions (ou « circonstances » de Lamarck) extérieures, qu'elles peuvent modifier de façon durable l'activité nerveuse, et, contrairement aux « néo-darwiniens », qu'elles peuvent se transmettre héréditairement lorsque les circonstances extérieures se font sentir de

façon permanente sur tout un groupe d'individus, et pendant de longues générations (*).

Pour l'école pavlovienne, essentiellement matérialiste et organiste, le psychisme de l'homme — malgré l'énorme différence du développement intellectuel qui trouve son origine dans l'apparition du langage verbal — ne représente que la suite évolutive du psychisme animal. Aussi comprend-on que l'expérimentation animale soit particulièrement développée par cette école puisque toute vie psychique correspondrait à des phénomènes réflexes conditionnels et inconditionnels, en liaison directe avec

(1) Dans son excellent petit livre didactique : « *Le transformisme* » (Collection « Que sais-je ? »), J. Carles écrit à propos des savants soviétiques : « Conduits par Lyssenko, ceux-ci reviennent au pur lamarckisme. » Il paraît ignorer l'œuvre de Pavlov qui, bien avant Lyssenko, et même avant l'avènement des soviets, s'était déjà révélé lamarckien.

Je me propose de revenir sur les rapports du lamarckisme et des écoles neuro-physiologique et biologique russes contemporaines. On peut, en effet, s'étonner qu'elles ne parlent pas de Lamarck, à l'œuvre duquel leurs conceptions les rattachent pourtant si étroitement. Mais, pour l'école biologique tout au moins, la raison historique en apparaît clairement : Karl Marx et F. Engels étaient contemporains de Darwin, et ils s'intéressèrent beaucoup à ses ouvrages qui avaient alors une immense notoriété. Ils y trouvèrent des arguments qui confirmaient leur conception matérialiste du monde ; mais, n'étant pas biologistes, ils ignorèrent les travaux de Lamarck (alors connus seulement des savants), dont Darwin avait repris la plus grande partie sous son propre nom. C'est pourquoi — par l'intermédiaire des écrits de Darwin — ils n'eurent qu'une connaissance incomplète et déformée du transformisme de Lamarck. Par exemple, Engels ignore Lamarck et attribue son œuvre à Darwin lorsqu'il écrit : « Il convient de nommer avant tout Darwin qui a infligé un rude coup à la conception métaphysique de la nature en démontrant que le monde organique tout entier, tel qu'il existe aujourd'hui, les plantes et les animaux et, par conséquent, l'homme aussi, est le produit d'un processus de développement qui dure depuis des millions d'années. »

Pour Marx et Engels, en effet, pour leur action et leur doctrine politique mêmes, il était indispensable de commencer par détruire la doctrine idéaliste pré-lamarckienne (encore la plus répandue à l'époque), et c'est pourquoi les marxistes se sont toujours préoccupés de la biologie.

Les passages suivants de Engels et de Lénine sont caractéristiques de la pensée marxiste sur le problème du psychisme chez l'animal et l'Homme. Le premier écrivait : « Notre conscience et notre pensée, si transcendantes qu'elles paraissent, ne sont que le produit d'un organe matériel, corporel, le cerveau... La matière n'est pas le produit de l'esprit, mais l'esprit n'est lui-même que le produit supérieur de la matière... *On ne saurait séparer la pensée de la matière pensante.* » Ce que Lénine traduisait ainsi plus tard : « Le cerveau est l'organe de la pensée... La matière est ce qui, en agissant sur nos organes des sens, produit les sensations ; la matière est une réalité objective qui nous est donnée dans les sensations... La matière, la nature, l'être, le physique est la donnée première, le psychique est la donnée seconde... Le tableau du monde est un tableau qui montre comment la matière se meut, comment la « *matière pense* ».

Dans les écrits de Darwin, la nouvelle école biologique russe a rejeté — à juste titre d'ailleurs — la partie strictement darwinienne, et conservé la partie lamarckienne. Il est symptomatique de voir que ce retour vers le lamarckisme s'est produit en Russie indépendamment, et pourtant presque simultanément, dans la physiologie nerveuse (Pavlov), et en biologie végétale (Mitchourine, Lyssenko).

des « secteurs » et systèmes fonctionnels qui — à l'exclusion du langage verbal — sont présents aussi bien dans les centres nerveux des animaux que dans le cerveau humain.

A l'opposé, l'école psychanalytique, attribuant surtout une origine psychogénétique aux maladies mentales, ne fait jouer qu'un rôle très minime aux phénomènes proprement organiques. C'est pourquoi elle n'utilise pas l'expérimentation animale.

Dans un autre travail, on verra que, malgré leur opposition, les écoles psychanalytique et pavlovienne sont, en fait, beaucoup plus rapprochées qu'elles le paraissent *a priori* dans leurs conceptions générales des psycho-névroses.

A certains égards, l'école psychanalytique fait le pont entre les écoles purement matérialistes (dont l'école pavlovienne et son dérivé américain, l'école « behavioriste » de Watson, représentent les plus caractéristiques), et la doctrine spiritualiste établissant une différence de nature entre l'homme et le reste du monde animal. Celle-ci continue à être soutenue, et plus particulièrement par les catholiques, car elle fait partie du dogme même de l'Eglise. Toutefois, elle a pris un nouvel aspect en intégrant l'essentiel de la conception évolutionniste de Lamarck, modifiée par l'attitude plus ou moins finaliste des « néo-darwiniens ». Cette synthèse a été faite notamment par le Père Theillard de Chardin, à la fois paléontologiste, pré-historien et religieux :

La vie végétale — dit-il —, puis animale, a d'abord envahi toute la surface du globe en formant ainsi une *biosphère*. Un seuil décisif est ensuite franchi lorsque l'Homme apparaît, avec ses possibilités de pensée et de réflexion qui lui permettent de conquérir le monde et de constituer une *noosphère* qui domine la *biosphère*. Mais cette évolution du monde révèle une progressivité constante vers les formes les plus supérieures de la vie psychique et morale, progressivité qui traduit une attraction vers un point oméga, centre universel et transcendant d'attraction : Dieu. Ainsi commence, dès maintenant, à s'élaborer une *Théosphère* qui sera le terme de l'évolution. L'Homme se trouve donc placé dans l'évolution du monde comme un être à part, très au-dessus du monde animal, et qui s'en distingue par sa tendance à s'intégrer dans le monde divin.

Dans la conception du P. Theillard de Chardin, il y a donc une orthogénèse ; mais, contrairement à Lamarck qui en trouve l'origine dans le « pouvoir de la vie » correspondant à une *action dynamique initiale de nature organique*, elle ne peut s'expliquer que par une *finalité : l'attraction vers Dieu*.

Cette conception est aussi celle du célèbre biologiste Lecomte du Noüy qui écrit :

« L'évolution, nous le répétons, n'est compréhensible que si nous admettons qu'elle est dominée par une finalité, par un but précis et lointain... Les lois de l'évolution sont *téléologiques*, tandis que celles de la transformation de chaque espèce *tendent seulement vers* un état d'équilibre avec le milieu environnant... La branche évolutive — celle de l'Homme — se dégage successivement de toutes les autres, d'abord physiologiquement et morphologiquement, jusqu'à l'apparition de l'Homme conscient ; puis par l'élargissement graduel, au moyen des idées morales, de l'abîme qui sépare cet homme de l'animal » (in : *L'Homme et sa destinée*, édit. La Colombe, 1948).

La doctrine officielle de l'Eglise a été fixée en 1950 par l'encyclique « *Humani generis* ». Reprenant en fait la distinction établie par Lamarck entre la métaphysique et la biologie, elle déclare que les catholiques peuvent être évolutionnistes, mais à la condition de n'aborder que le côté scientifique du problème : l'« hypothèse » que le corps de l'homme est l'aboutissement d'une longue évolution biologique peut être admise, mais l'homme se distingue de l'animal par son « âme » qui est due à l'intervention spéciale de Dieu.

Il en résulte que le psychisme supérieur de l'homme ne peut pas être entièrement assimilé au psychisme animal, surtout par l'importance des « idées morales » qui n'existent que chez l'homme. Certaines perturbations psychiques liées, par exemple, à un conflit entre les impulsions organo-psychiques, inférieures, de l'individu, et sa raison supérieure d'origine morale, ne pourraient donc pas exister en dehors de l'homme.

*
**

Il est curieux de constater combien l'instinct, considéré autrefois comme l'élément principal et le plus caractéristique du psychisme animal, a pratiquement disparu des conceptions modernes, au moins en tant qu'entité indépendante des autres activités nerveuses supérieures.

Dans la conception classique idéaliste, on décrivait l'instinct comme « la faculté qui, chez les animaux, tient lieu d'intelligence et qui fait que leur comportement paraît intelligent ». Ainsi, l'instinct était le propre de l'animal, l'intelligence le propre de l'homme.

Au contraire, pour Lamarck, l'instinct ne représente que l'une

des phases de l'organisation nerveuse qui se complique et se perfectionne progressivement au cours de la longue évolution phylogénétique. Il le définit comme étant, chez tout « être sensible », le « sentiment très obscur qui, dans certaines circonstances, l'entraîne à exécuter les actions à son insu, sans détermination préalable, sans l'emploi d'aucune idée, et, par suite, sans l'intervention de la volonté ». Inexistant chez les animaux les plus inférieurs, il apparaît surtout chez les invertébrés supérieurs où il prend une importante prédominante dans l'origine du comportement. Chez les vertébrés, l'intelligence se *surajoute* à l'instinct, de telle sorte qu'elle peut alors contrôler parfois l'instinct (en le dirigeant ou même s'y opposant) par un effet de la volonté. Aussi, plus « l'hypocéphale » (cortex cérébral) se développe, plus le psychisme supérieur peut contrôler l'instinct, mais celui-ci n'en persiste pas moins, même chez l'homme. Il n'y a donc pas alors une substitution de l'intelligence, mais une superposition des deux facultés qui existent simultanément.

Pour presque tous les auteurs modernes, l'instinct ne représente plus une activité nerveuse particulière.

Pour Pavlov, les instincts ne constituent que les « réflexes inconditionnels les plus complexes ».

C. T. Morgan, dans sa « *Psychologie physiologique* » (traduction française : P.U.F., 1949), indique le point de vue anglosaxon le plus général : « Le principe auquel, dans la pratique, on obéit le plus souvent, semble-t-il, est d'appeler instinct tout comportement suffisamment complexe, dont le mécanisme n'est pas compris de l'observateur. Le comportement est ainsi défini en fonction de l'ignorance de l'observateur. » Une telle façon de définir l'instinct aboutit logiquement à la conclusion que « le concept d'instinct n'est plus nécessaire, sauf comme une rubrique conventionnelle, pour désigner un comportement motivé suffisamment complexe ».

Pour les « behavioristes » comme Watson, les instincts n'existent pas : ce que l'on désigne sous ce nom ne représenterait qu'un « comportement acquis ».

L'école zoologique française actuelle a une attitude moins rigoureuse : d'après Aron et Grassé, « les instincts semblent résider essentiellement, soit en des tropismes, soit en des réflexes, soit en une combinaison de tropismes et de réflexes, dont les conditions sont transmises de génération en génération grâce au mécanisme héréditaire ».

Si (en dehors de l'ancienne conception idéaliste) l'instinct ne permet pas de distinguer le psychisme humain du psychisme animal, le langage verbal est indubitablement l'apanage quasi-exclusif de l'homme. Mais deux problèmes se posent alors : Comment l'homme a-t-il acquis ce langage ? Est-il la conséquence de l'extrême différence pré-existante entre l'homme et les animaux, ou est-ce au contraire son acquisition qui a permis le développement de l'intelligence humaine ?

Lamarck estime que les signes permettant la communication entre les individus doivent être distingués en deux groupes : les plus élémentaires qui suffisent aux animaux parce que leurs idées sont restées rudimentaires, et le langage verbal qui s'est surajouté au premier système de signes parce qu'il est devenu une nécessité pour les rapports entre les hommes.

En effet, ceux-ci « ne pouvant plus se contenter, ni des *signes* pantomimiques, ni des inflexions possibles de leur voix, pour représenter cette multitude de *signes* devenus nécessaires, seront parvenus par différents efforts à former des *sons articulés* : d'abord ils n'en auront employé qu'un petit nombre, conjointement avec des inflexions de leur voix ; par la suite, ils les auront multipliés, variés et perfectionnés, selon l'accroissement de leurs besoins et selon qu'ils se seront plus exercés à les produire. En effet, l'exercice habituel de leur gosier, de leur langue et de leurs lèvres pour articuler des sons, aura éminemment développé en eux cette faculté » (*Philosophie zoologique*, 1809).

Pour Lamarck, donc, c'est le besoin, conséquence du développement intellectuel, qui est à l'origine du langage verbal. Secondairement, celui-ci, à son tour, favorise le développement intellectuel.

Pavlov distingue deux « systèmes de signalisation » : le premier est « porteur de la pensée imagée, objective, concrète, émotionnelle ; il agit sous l'influence des interventions directes (asymboliques, non verbales) ». Le deuxième, avec sa « pensée spécialement humaine, supérieure », ou « pensée verbale », permet d'abstraire et de généraliser à partir de la réalité : il est « le régulateur supérieur du comportement humain ».

Les Soviétiques russes paraissent donner une importance primordiale à ce « deuxième système de signalisation » dans la genèse même de la pensée. Dans « *Le langage et la pensée* » (collection « Que sais-je ? », 1956), P. Chauchard, qui a dédié son petit livre au Révérend Père Theillard de Chardin, donne

raison à Staline lorsque ce dernier écrit : « On dit que les pensées viennent à l'esprit de l'homme avant de s'exprimer dans le discours, qu'elles naissent sans le matériau de la langue, nues pour ainsi dire. Mais c'est absolument faux. Quelles que soient les pensées qui viennent à l'esprit de l'homme, elles ne peuvent naître et exister que sur la base du matériau de la langue, que sur la base des termes et des phrases de la langue. Il n'y a pas de pensées nues, libérées des matériaux du langage... La réalité de la langue se manifeste dans la langue. Il n'y a pas de pensée sans langage. »

Nous nous retrouvons là au cœur du problème essentiel : la pensée de l'animal supérieur est-elle fondamentalement différente de la pensée humaine ? Sans quitter la doctrine matérialiste, Staline ne s'en rapproche pas moins singulièrement de la doctrine idéaliste en établissant une différence fondamentale entre le psychisme animal et le psychisme de l'homme. La phrase : « Il n'y a pas de pensée sans langage », me paraît extrêmement dangereuse. Je suis personnellement absolument convaincu que les animaux supérieurs pensent, bien qu'ils ne parlent pas, bien qu'ils n'utilisent pas « des termes et des phrases ». Et cette conviction ne représente pas une conclusion subjective d'origine affective, car elle repose avant tout sur l'étude du comportement des animaux. Il n'est pas douteux que la pensée humaine est infiniment plus développée que la pensée de tout autre animal supérieur ; il n'est pas douteux non plus que le langage verbal permet un énorme développement de la pensée en lui permettant de se préciser, mais dans une certaine limite seulement. Aller au-delà en croyant que le langage commande la pensée, c'est croire que la pensée est un dérivé du langage ; or, comme Lamarck, je suis persuadé qu'au contraire c'est la pensée qui a précédé le langage, celui-ci n'étant apparu que comme un besoin d'une pensée qui s'était déjà extrêmement développée relativement au psychisme des autres animaux.

*
**

B) CONCEPTION PERSONNELLE

La fonction psychique supérieure est extrêmement complexe. Pourtant, ce n'est pas par sa complexité qu'elle se distingue des autres fonctions organiques : les processus bio-chimiques entrant en jeu dans de multiples activités organiques, par exemple, sont

également très complexes. Au « *Colloque international sur les narcobiotiques* » de Barcelone, j'ai indiqué en quoi la fonction psychique supérieure est fondamentalement différente, par sa nature même, des autres fonctions organiques, et souligné plus particulièrement l'analogie existant entre l'« insécabilité » des éléments constitutifs de l'atome, et l'« insécabilité » des phénomènes psychiques supérieurs.

« Aussi différents qu'apparaissent par ailleurs ces deux domaines de la nature — déclarais-je — il résulte de cette commune nature fondamentale une série de conséquences analogues. De grands théoriciens de l'atome, tels que Bohr, Louis de Broglie, ont d'ailleurs estimé que les lois quantiques avaient une portée trop générale pour qu'elles ne puissent se retrouver en biologie. Aussi ne peut-on s'étonner, à mon avis, de retrouver dans le domaine de la vie psychique des faits qui correspondent aux lois quantiques fondamentales, telles que la « loi de complémentarité » de Bohr, les « relations d'incertitude » d'Heisenberg, l'incompatibilité entre la localisation exacte dans l'espace et le temps d'un état (« idéalisation statique ») et la connaissance précise de son développement évolutif (« idéalisation dynamique »), ou le principe d'indétermination, le plus révolutionnaire de la physique atomique, et dont les conséquences morales et même théologiques sont actuellement si âprement discutées » (*Revista de psiquiatria...*, 1955, n° 3).

L'un des caractères communs aux phénomènes psychiques supérieurs et aux phénomènes de la micro-physique atomique, et qui en même temps leur est propre, est que « l'observateur ne peut isoler artificiellement l'un des multiples éléments ou processus constitutifs d'un phénomène psychique pour l'analyser ou le mesurer sans perturber l'ensemble du phénomène observé. Celui-ci ne peut donc pas être analysé directement, l'observation ne pouvant porter que sur l'effet global terminal ».

Ce caractère est lié au fait que « la fonction psychique supérieure met perpétuellement en jeu un ensemble d'éléments et de processus hétérogènes, et pourtant indissociables, constamment variables avec l'évolution de la pensée, et qui n'ont pas d'autonomie réelle puisqu'aucune activité cellulaire ou même tissulaire isolée ne peut à elle seule représenter la fonction psychique : aucune évocation d'un souvenir, si précis et isolé soit-il en apparence, aucun raisonnement, aucun acte psychologique, volontaire ou non, conscient ou non, ne peut exister en dehors de la somme globale des activités psychiques simultanées ».

Sous le nom de « phénomènes psychiques », je désignais dans

cette étude « l'élément fondamental de l'activité psychique continue », voulant indiquer par là que chaque *moment* de la pensée est distinct des moments qui précèdent ou suivent immédiatement l'instant présent, et que pourtant chaque « moment » de la pensée est indissociable de ces moments antérieurs ou postérieurs. Chez l'individu normal, l'activité mentale est essentiellement mobile et la succession des idées peut être extrêmement rapide. Si l'on tente d'analyser l'activité mentale d'un individu pendant une période donnée, on se trouve donc dans l'obligation d'étudier chaque « moment » de ses pensées séparément, mais aucun d'entre eux ne peut être étudié cependant en soi, car il dépend en même temps de la *dynamique évolutive de sa pensée* pendant la période considérée, et des innombrables *harmoniques de la pensée* (faits de mémoire évoqués, conceptions logiques antérieures, etc...), qui, à un moment donné, même très bref, interviennent dans la genèse de la pensée immédiate.

On reconnaît ici un exemple de la « loi de complémentarité » de Bohr et qui fait qu'une même entité peut avoir simultanément au moins deux aspects inconciliables et qu'il est cependant nécessaire d'invoquer tour à tour pour expliquer l'ensemble de ses propriétés.

« Ce sont — écrit L. de Broglie — comme les faces d'un objet que l'on ne peut contempler à la fois et qu'il faut cependant envisager tour à tour pour décrire complètement l'objet. Ces deux aspects, M. Bohr les nomme « aspects complémentaires », entendant par là que ces aspects d'une part se contredisent et d'autre part se complètent. Et, dans son esprit, cette notion de complémentarité paraît avoir pris l'importance d'une véritable doctrine philosophique. »

Je crois devoir insister sur l'importance de cette notion en ce qui concerne l'étude des facultés psychiques supérieures en citant encore les explications suivantes de M. L. de Broglie :

« Il n'est, en effet, nullement évident que nous puissions décrire une entité physique à l'aide d'une seule image ou d'un seul concept de notre esprit. Nous construisons nos images et nos concepts en nous inspirant de notre expérience journalière ; nous extrayons de cette expérience certains aspects et, partant de là, nous forgeons par simplification et abstraction certaines images simples, certains concepts apparemment clairs dont nous cherchons ensuite à nous servir pour interpréter les phénomènes : tels les concepts de corpuscule bien localisé, d'onde bien monochromatique. Mais il se peut que ces « idéalizations », comme dit M. Bohr, produits trop simplifiés et trop

rigides de notre raison, ne puissent pas s'appliquer exactement sur la réalité. Pour décrire la complexité du réel, il pourra donc être nécessaire d'employer successivement pour une même entité deux (ou plusieurs) de ces idéalizations. Tantôt l'une, tantôt l'autre sera la plus adéquate : parfois... l'une des deux s'adaptera exactement à la description de l'entité envisagée, mais ce sera très exceptionnel et, en général, on ne pourra se passer de faire intervenir les deux images idéales.

« ...On peut essayer d'étendre le champ d'application de ces idées philosophiques en dehors de la physique. On peut, par exemple, chercher, comme M. Bohr l'a fait lui-même, si la notion de complémentarité ne peut pas trouver en biologie d'importantes applications et aider à comprendre le double aspect physico-chimique et proprement vital des phénomènes de la vie. On pourrait aussi, dans un autre ordre d'idées, examiner si toutes les « idéalizations » ne sont pas d'autant moins applicables à la réalité qu'elles sont plus parfaites et, pour peu qu'on ait l'esprit enclin au paradoxe, on pourrait soutenir, à l'encontre de Descartes, que rien n'est plus trompeur qu'une idée claire et distincte. » (*La physique nouvelle et les quanta*, Flammarion, 1937).

Cette « complémentarité », nous la trouvons en particulier dans les deux aspects, à la fois distincts et indissociables, qu'il importe de considérer séparément et pourtant simultanément lorsqu'on aborde l'étude des phénomènes psychiques supérieurs : d'une part, l'ensemble des recherches que j'ai groupées sous le nom de « noobiologie », et qui ont pour but de connaître le fonctionnement physiologique, physique et bio-chimique des cellules, tissus et systèmes organiques qui servent de support indispensable à la pensée ; d'autre part, ce que, faute d'un terme adéquat, on peut se résigner à appeler « l'aspect psychologique de la pensée » (pour ne pas utiliser le mot « vital » qui a l'inconvénient d'établir une opposition irrationnelle avec des phénomènes « biologiques » qui ne seraient pourtant pas « vitaux »). On m'excusera de revenir sur l'une des multiples conséquences des lois quantiques — tant je considère comme important d'envisager dorénavant à leur lumière l'activité psychique supérieure — en citant de nouveau L. de Broglie :

« Nous avons déjà fait remarquer... que l'existence du quantum d'action implique une liaison tout à fait imprévue entre le géométrique et le dynamique : la possibilité de localiser les entités physiques dans le cadre géométrique de l'espace et du temps se montre n'être pas indépendante de leur état dynamique. Sans doute, la relativité

généralisée nous avait appris déjà à considérer les propriétés locales de l'espace-temps comme dépendant de la distribution de la matière dans l'univers. Mais la modification que requiert l'intervention des quanta est beaucoup plus profonde encore et ne permet plus de représenter le mouvement d'une unité physique par une ligne de l'espace-temps (ligne d'univers) ; elle ne permet plus de définir l'état de mouvement à partir de la courbe qui représente les localisations successives dans l'espace au cours du temps et exige que nous considérions l'état dynamique, non plus comme dérivant des localisations spatio-temporelles, mais comme un aspect indépendant et complémentaire de la réalité physique. »

On en comprendra aisément l'intérêt si, dans le texte précédent, on substitue le mot « psychique » au mot « physique », et « phénomène psychique » (tel que je l'ai défini plus haut) à « unité physique ». On peut alors facilement comprendre que, dans l'étude de l'activité nerveuse supérieure, la « noobiologie » est à la fois indispensable et insuffisante. Il en est de même *a fortiori* pour la neuro-physiologie qui est une partie de la noobiologie.

A l'attitude purement « objective » des behavioristes qui estiment que, seule, l'étude du comportement doit nous permettre de connaître l'activité psychique, ou à celle — moins absolue cependant — des pavloviens, on ne doit pas opposer l'étude essentiellement « subjective » et introspective des psychanalystes : il s'agit de deux attitudes aussi légitimes, car, malgré leurs oppositions apparentes, elles sont complémentaires.

Mais l'on doit comprendre encore que — le principe habituel en science expérimentale étant de faire varier un facteur sans faire varier les autres afin de reconnaître le rôle exact de chacun d'entre eux — ce principe est inapplicable dans le cas où l'on désire étudier expérimentalement l'activité nerveuse supérieure puisque, comme je l'ai souligné plus haut, « l'observateur ne peut isoler artificiellement l'un des multiples éléments ou processus constitutifs d'un phénomène psychique pour l'analyser ou le mesurer sans perturber l'ensemble du phénomène observé », et que l'observation ne peut « porter que sur l'effet global terminal ». C'est uniquement cet effet global terminal que l'étude du « comportement » permet d'observer, et on ne peut en déduire que très subjectivement les mécanismes constitutifs supposés des perturbations provoquées ; de sorte que ceux mêmes qui se déclarent exclusivement « objectifs » aboutissent en fait à une attitude subjective dès qu'ils ne se bornent plus à

collationner des observations et tentent d'en tirer des conclusions sur le mécanisme de l'activité nerveuse supérieure, normale ou pathologique. Si, d'ailleurs, leurs études étaient aussi exclusivement « objectives » qu'ils le déclarent, leurs conclusions ne pourraient être mises en doute par personne ; or, il n'en est rien.

Il est certain, en définitive, que les études expérimentales sur l'activité psychique, — telles que les expériences de l'école pavlovienne, celles de l'école behavioriste de Watson, ou celles des neuro-physiologistes classiques, par exemple —, ont un extrême intérêt. Mais il me semble que les « *perturbations organiques* » (anatomiques, chimiques, etc...), réalisées expérimentalement, aussi bien que les « *perturbations psychiques* », réalisées chez l'animal par des conflits entre des réflexes conditionnels agissant dans des sens opposés, ne permettent pas d'en déduire toutes les conclusions que certains en tirent, et qu'elles ne permettront jamais une analyse suffisante de l'activité psychique supérieure.

C'est pourquoi la méthode lamarckienne — méthode d'étude complémentaire — me paraît avoir une importance toute particulière : nous avons vu que l'activité psychique des animaux supérieurs, et spécialement de l'Homme, est non seulement très complexe, mais dépend d'éléments hétérogènes, distincts, mais indissociables, « indépendants et complémentaires » comme le disent les théoriciens de la physique quantique. Mais cette activité psychique supérieure s'est progressivement formée au cours d'une très longue évolution phylogénétique et nous possédons encore maintenant d'innombrables espèces animales qui marquent presque tous les stades de cette évolution. Nous avons donc la chance de pouvoir observer des types d'organisation et de facultés nerveuses de plus en plus sommaires en régressant dans cette voie évolutive, puis de reconstruire en suivant la marche de la nature qui a organisé et compliqué peu à peu les fonctions nerveuses, allant du plus simple au plus complexe, *sans qu'aucune perturbation artificielle intervienne du fait de l'observateur* : car chaque être, aussi inférieur soit-il dans l'échelle animale, ne représente pas un être « mutilé », ou dont quelques fonctions ont été artificiellement déséquilibrées par l'observateur (ce qui, dans le domaine psychique, perturbe l'ensemble), mais un organisme *normal*, possédant simultanément l'intégralité des facultés qui assurent son développement, sa survivance et son comportement habituel.

C'est ainsi que l'on peut le mieux discerner, à mon avis, les composantes fondamentales de l'activité psychique des animaux supérieurs.

*
**

Je me bornerai maintenant à donner brièvement les conclusions les plus générales que j'ai pu tirer d'études diverses qui doivent être exposées plus tard.

Les désaccords existant entre les multiples conceptions du psychisme animal proviennent en grande partie de l'emploi d'une terminologie imprécise.

Il importe moins de donner des « définitions » que des *critères* susceptibles de reconnaître si un phénomène se rattache ou non à tel ou tel terme, pour que ce terme ait une valeur scientifique réelle.

Au cours de l'évolution phylogénétique, on constate que l'activité nerveuse, en se développant et se compliquant, passe par trois stades successifs nettement différenciés :

- la *vie réflexologique* ;
- la *vie instinctive* ;
- la *vie mentale ou psychique supérieure*.

Dans le psychisme des animaux supérieurs, on retrouve l'existence de ces trois stades qui ne se sont pas substitués les uns aux autres, mais se sont surajoutés, — au fur et à mesure de l'accroissement de l'encéphale —, de sorte que les trois types d'activité nerveuse se sont intégrés sans qu'aucun disparaisse. Si l'on considère le cas particulier de l'Homme, on doit ajouter un quatrième type d'activité : la *vie verbale*. Dans l'évolution générale des facultés nerveuses, on retrouve un fait que j'avais déjà souligné à propos des phénomènes des régulations organiques :

« L'étude de l'évolution des phénomènes d'adaptation à travers la série animale est également très intéressante, car elle montre la complexité croissante, mais aussi la remarquable continuité des mécanismes adaptatifs dans toute la biologie. La nature agit comme si elle voulait multiplier les phénomènes régulateurs et défensifs au fur et à mesure que les êtres vivants s'organisent d'une façon plus complexe, mais sans jamais abandonner les mécanismes adaptatifs déjà acquis. » (*Presse médicale*, 9 juillet 1952).

Il en est de même pour l'activité nerveuse particulière qui aboutit au psychisme des animaux supérieurs et de l'Homme.

Cette intégration progressive de facultés nerveuses de plus en plus nombreuses ne doit pas masquer l'existence simultanée de trois groupes de phénomènes nettement distincts dans le « complexe psychique » des animaux supérieurs, la distinction entre chacun de ces groupes devant reposer sur des critères aussi précis que possible.

1° LES PHÉNOMÈNES RÉFLEXES

Tout réflexe, par définition, comporte :

— *un point de départ* : stimulus, qui peut être sensitif (sentiment agréable, ou désagréable, comme la douleur), sensoriel, ou psychique ;

— *la stimulation d'un point ou système plus ou moins central* (sous l'influence du stimulus initial) ;

— *la conséquence plus ou moins périphérique* de la stimulation précédente.

Tous ces phénomènes réflexes se passent entièrement en dehors de la vie psychique (c'est-à-dire que tout le circuit réflexologique est parcouru par des influx nerveux qui mettent en branle une série d'activités neuronales successives, plus ou moins nombreuses suivant la longueur et la complexité du réflexe, mais qui *se déroulent obligatoirement et automatiquement* à partir du moment où le circuit réflexe est déclenché).

Toutefois, la vie réflexe organique peut influencer la vie psychique. On peut distinguer ainsi les cas suivants :

a) *Réflexes simples, ou innés, non conditionnés* :

— soit purement organiques : pas d'action sur la vie psychique ;

— soit organo-psychiques : le stimulus initial provoque une sensation subjective (par exemple une douleur), qui éveille l'activité psychique.

b) *Réflexes conditionnels* :

— soit purement organiques : cas de l'expérience de Métalnikov sur le lapin chez lequel il détermine par réflexe conditionnel une leucocytose ;

— soit organo-psychiques : un stimulus périphérique détermine une évocation (conséquence terminale du réflexe organique) psychique. Les phénomènes de mémoire mentale, en particulier, entrent dans ce cadre.

Une autre caractéristique des phénomènes réflexes est que, correspondant à une propagation d'influx nerveux, ils se déroulent totalement en un temps, — variable suivant la longueur et la complexité des trajets et réseaux fonctionnels qu'ils parcourent —, mais qui reste toujours relativement très court (même en cas de réflexes conditionnels ayant pour effet de « retarder » une réponse).

En accord avec la conception pavlovienne, je pense que le langage verbal de l'Homme est constitué par une série de réflexes conditionnés, grâce auxquels un objet évoque un mot, un mot évoque un objet (concret ou abstrait).

Les stimulations neuronales successives qui parcourent ces circuits réflexes se trouvent dans le « système nerveux hiérarchisé ». Mais, en cas de stimulation forte (organique ou psychique), le « système nerveux complexe », situé « en dérivation » (c'est-à-dire en dehors du circuit réflexe appartenant au système nerveux hiérarchisé), peut être mis en activité, et celui-ci entraîne alors des phénomènes de facilitation et inhibition portant sur le reste du système nerveux, y compris sur l'activité psychique.

Par exemple, une piqûre très légère de la patte chez un animal peut provoquer un mouvement de grattage qui ne perturbe pratiquement pas l'activité psychique. Une piqûre violente entraîne une stimulation psychique intense, aussitôt suivie d'une stimulation du « système complexe » (« réaction d'alerte ») qui apparaît *avant toute opération mentale* (ou psychique supérieure) (Voir « *Essai d'études théoriques...* » au Colloque de Barcelone).

Autre exemple, dans lequel les réactions ne suivent pas exactement le même cycle : le sujet légèrement somnolent près duquel on parle sans l'éveiller, mais qui s'éveille quand on prononce son nom. Le sujet est spécifiquement sensibilisé à un stimulus déterminé. Ce stimulus initial est alors trop faible pour mettre directement en activité le « système complexe », mais la stimulation psychique (point de terminaison du réflexe organique) est amplifiée par la sensibilisation antérieure du sujet à son nom (*réflexe conditionnel* surajouté au stimulus simple), et c'est l'effet psychique ainsi amplifié qui constitue en soi un *nouveau stimulus* assez violent pour mettre en branle la « réaction d'alerte » à laquelle participe le « système nerveux complexe ».

En résumé, la vie réflexe organique peut, *secondairement*, mettre en branle l'activité psychique (directement, ou indirectement, par l'intermédiaire du « système complexe »), mais le réflexe lui-même, à partir du moment où il est déclenché, est *obligatoire, automatique, indépendant de la vie psychique* ; de plus, il est *rapide dans son apparition et de courte durée* (l'excitation psychique qui peut survenir secondairement, après une stimulation réflexe, peut durer longtemps, mais n'appartient plus à la vie réflexe : voir à ce sujet le Colloque de Barcelone).

*
**

2° LES PHÉNOMÈNES INSTINCTIFS

C'est à tort que la plupart des auteurs modernes considèrent que les instincts n'existent pas ou entrent dans le cadre des phénomènes réflexes. Mais il est d'abord nécessaire de bien s'entendre sur les faits que l'on doit considérer comme des « instincts ». En voici donc quelques exemples :

— la migration saisonnière chez les oiseaux ;

— le travail de l'abeille ouvrière qui va butiner non pas seulement pour se nourrir, mais pour faire des réserves, construire des alvéoles, nourrir une seule larve avec la gelée royale pour la transformer en reine, etc...) ;

— l'ensemble des actes qu'exécutent des oiseaux ou des mammifères (souris par exemple) pour construire un nid destiné aux futurs « petits » ;

— l'ensemble des actes effectués par la mère pour nourrir, entretenir, protéger, éduquer ses enfants après leur naissance.

Cuvier et Jussieu avaient caractérisé l'instinct en disant qu'il est :

a) *irréfléchi* (l'abeille dont on a percé la cellule de la ruche n'en continue pas moins son travail inutile) ;

b) *spécial* (il est adapté à certaines fins, non pas à d'autres) ;

c) *spécifique* (il est le même chez tous les individus d'une même espèce) ;

d) *immuable* (les ruches des abeilles sont aujourd'hui ce qu'elles étaient à l'époque où furent construites les pyramides d'Egypte).

Ces caractéristiques s'appliquent habituellement bien aux phénomènes instinctifs, mais ne doivent pas être considérés comme ayant une valeur absolue.

Le caractère primordial qui distingue les phénomènes instinctifs des phénomènes réflexes est qu'il correspond à un *comportement plus ou moins prolongé*. Celui-ci, en effet, nécessite l'existence d'un *processus dynamique*, capable de *commander et coordonner une suite d'actes différents*, et donc obligatoirement une *fonction cérébrale active*. Ce comportement instinctif se distingue d'autre part de l'activité psychique supérieure parce que la fonction cérébrale active qui le commande est *innée* (et donc indépendante de la libre détermination qu'implique la volonté).

On doit souligner l'importance du fait que, dans tous les exemples cités plus haut, l'animal effectue une *série d'actes*, et que ces actes successifs sont *variés*.

Par exemple, on voit l'abeille sortir de la ruche, puis s'orienter (d'après des signes minutieusement étudiés par von Frisch), puis voler jusqu'à une distance parfois relativement très grande (plusieurs kilomètres) et dans une direction déterminée, ce qui nécessite notamment la correction du vol suivant la violence et la direction du vent, puis aller se poser sur certaines fleurs, puis y puiser le nectar, recommencer cet acte plusieurs fois, puis voler vers la ruche (généralement invisible du lieu de la récolte lorsque la distance est grande), puis pénétrer dans la ruche, aller à une alvéole vide ou insuffisamment remplie, y dégorger sa récolte, et recommencer le même cycle.

La multiplicité et la variété des actes (dont chacun, pris séparément, comporte lui-même la mise en activité de multiples fonctions sensorielles et motrices), la durée de la période totale d'activité instinctive (qui dure souvent plusieurs heures et peut se répéter pendant plusieurs jours, parfois des semaines) impliquent obligatoirement une *commande nerveuse d'origine centrale* qui ne cesse pas d'intervenir pendant une *période prolongée*, dans un *but général déterminé*, mais qui ne peut pas être atteint sans que les centres nerveux donnent des *directives successives et différentes d'un moment à l'autre*. Celles-ci, en effet, loin d'être automatiques, doivent *s'adapter constamment*, d'une part à la variété des actes successifs nécessaires ou développement du cycle de l'activité instinctive ; d'autre part aux circonstances diverses devant lesquelles l'animal se trouve suc-

cessivement placé pendant la durée relativement longue de son activité instinctive.

Par tous ces caractères, les phénomènes instinctifs sont donc très différents des phénomènes réflexes qui sont au contraire essentiellement *passifs*, dont le déroulement est *automatique*, *rapide*, et qui ne trouvent pas leur origine dans une *impulsion d'origine cérébrale* (sauf dans le cas où le réflexe est déclenché par une activité mentale ou psychique supérieure qui, justement, n'intervient pas à l'origine des phénomènes instinctifs).

On n'a d'ailleurs pas noté encore la contradiction qui existe, à ce sujet, dans la conception pavlovienne des instincts. Pavlov les considère comme les « réflexes *inconditionnés* les plus complexes » ; en effet, les instincts étant par définition héréditaires et donc innés, ils ne peuvent pas être classés parmi les réflexes conditionnés qui ont pour caractéristique d'être acquis. Mais, pourtant, les instincts sont toujours déclenchés par une circonstance déterminée (par exemple, la saison, la température, la longueur du jour, dans le cas de la migration des oiseaux, ou de la présence des « petits » qui viennent de naître, et d'un état hormonal particulier dans le comportement maternel des animaux). Dans tous les cas, c'est une *condition déterminée* qui déclenche la succession des actes instinctifs : ce sont donc des phénomènes *conditionnels*.

Je dois signaler encore deux faits importants, sans malheureusement pouvoir les exposer maintenant en détail :

1° Le déclenchement du comportement instinctif est « conditionné » habituellement par la *conjonction de deux facteurs* : une condition *hormonale* déterminée et une (ou plusieurs) *stimulation sensorielle* également déterminée.

2° Au cours de l'évolution phylogénétique, les instincts n'apparaissent qu'à *partir du moment où apparaissent certains systèmes fonctionnels nouveaux*, et plus particulièrement au moment où le « système nerveux complexe » commence à *pénétrer à l'intérieur du cerveau primitif* (qui est d'abord exclusivement formé par les formations appartenant au « système nerveux hiérarchisé »). Or, le système complexe a une activité essentiellement neuro-endocrinienne.

En résumé, les phénomènes instinctifs correspondent essentiellement à un *comportement prolongé*. Ils répondent à une fonction cérébrale spécifique qui entraîne l'animal (ou l'Homme) à accomplir toute une *série d'actes* généralement nombreux et

qui peuvent être *très variés*. C'est le *cerveau qui commande directement ces actes multiples et successifs*.

Toutefois, les processus mentaux supérieurs n'entrent pas dans le point de départ cérébral de la vie instinctive qui a un caractère d'*obligation*, de *manque de choix* entre plusieurs actes possibles. Ce dernier caractère a une importance très grande pour distinguer la vie instinctive de la vie psychique supérieure. Il résume pratiquement tous les critères qui peuvent servir à la séparation entre l'activité cérébrale instinctive et la vie psychique supérieure : l'*hérédité* de l'instinct, qui est donc *congénital*, et l'*identité des actes instinctifs* chez tous les individus d'une même espèce (*).

*
**

3° LES PHÉNOMÈNES MENTAUX OU PSYCHIQUES SUPÉRIEURS

La vie psychique supérieure est habituellement mal définie, d'où l'imprécision des discussions sur les caractères de la vie psychique des animaux.

Ce qui caractérise les phénomènes psychiques supérieurs, à mon avis, est que, contrairement aux deux types de phénomènes précédents, ils comportent une élaboration intellectuelle ou affective qui *n'a pas un caractère obligatoire* pour l'individu, la *faculté d'un choix* entre plusieurs actes possibles, l'utilisation dans ce choix de *phénomènes de mémoire acquis par l'individu* depuis sa naissance.

Le réflexe conditionnel répond également à des phénomènes de mémoire acquis depuis la naissance, mais il ne comporte pas de choix (intellectuel ou affectif) entre plusieurs actes possibles : il est spécifique, c'est-à-dire que, lorsqu'il est créé (spontanément ou artificiellement), c'est un *stimulus déterminé*, qui provoque une *réaction également déterminée*. Il s'agit donc d'un phénomène réflexe dans la genèse duquel le psychisme n'intervient pas.

(1) J'ai dit l'importance de bien s'entendre sur les faits que l'on doit considérer comme des instincts. Par exemple, dans le livre où il résume la conception behavioriste de Watson (« *La psychologie science du comportement* », Gallimard, 1942), P. Naville cite et analyse un certain nombre de faits dans le chapitre intitulé : « Y a-t-il des instincts ? » (et qui conclut par la négative) : on y trouve l'éternuement, l'érection du pénis, l'évacuation de l'urine, la défécation, etc... chez les nourrissons. Il ne s'agit manifestement pas d'« instincts ».

La vie psychique supérieure comprend, à mon avis, deux ordres de faits, mais souvent intriqués :

a) *Les processus proprement intellectuels*. Ils comprennent des facultés d'*analyse* (de faits observés, ressentis sur le moment ou enregistrés dans le souvenir), et des facultés de *synthèse* (qui « élabore » les faits ayant servi à l'analyse préalable), pour aboutir à des conclusions ; celles-ci peuvent aboutir à leur tour à une prévision d'événements qui correspond à un processus d'imagination.

b) *Les processus affectifs*, c'est-à-dire tous les sentiments qui correspondent à des « penchants », des « sentiments d'attachement », des « préférences ».

On remarquera que le *choix* a une importance primordiale, tant dans les processus intellectuels proprement dits (choix entre les faits analysés, choix dans la synthèse, choix dans les conclusions que l'individu en tire), que dans les processus affectifs (qui comportent un choix par définition). Or, *le choix implique* qu'il ne s'agit pas de processus héréditaires, donc qu'ils ne sont pas congénitaux, qu'ils ne sont pas communs à tous les individus d'une même espèce, qu'ils ne sont pas obligatoires et peuvent ne pas être immuables.

C'est en se basant sur ce critère que l'on peut, sans grande difficulté habituellement, distinguer ce qui appartient à la vie psychique supérieure dans le comportement des animaux.

*
**

On estime volontiers que la morale est une forme spéciale de la vie psychique supérieure, qu'elle en est la plus élevée, donc la plus caractéristique, et on soutient même parfois qu'elle serait un attribut particulier de l'Homme. Je suis tout à fait en désaccord avec ces diverses opinions.

Tout d'abord, on doit bien constater que ce que l'on désigne sous le nom de « morale » ou de « conscience morale » est très mal défini. De nombreux philosophes l'ont étudié : aucune conclusion précise n'est commune aux diverses conceptions proposées. Il serait donc, de toutes façons, très difficile d'y trouver un critère utilisable dans l'analyse des facultés psychiques.

En fait, la « morale » correspond à une *ligne de conduite* que l'individu a — volontairement ou non, inconsciemment ou non — créé pour son propre usage en attribuant à ses actes une valeur

de « bien » ou de « mal ». Or, la notion du bien et du mal varie beaucoup d'un individu à un autre.

On parle de « morale naturelle » qui serait congénitale et instinctive, et on l'oppose parfois à une « morale supérieure ». En réalité, c'est la constitution intellectuelle et affective de l'individu qui est congénitale, et liée (d'une façon d'ailleurs très variable dans une même famille) à des caractères héréditaires. Mais l'importance de la morale dans la vie psychique et le comportement d'un individu, et plus encore les critères de sa morale, dépendent surtout de ses acquisitions intellectuelles et affectives depuis sa naissance : l'éducation, les circonstances de la vie sociale et affective de l'individu engendrent notamment de véritables réflexes conditionnels qui le font agir, ou le mettent spontanément et automatiquement dans une disposition d'action qui aurait pu être très différente s'il avait été soumis auparavant à d'autres influences éducatives, sociales et affectives.

Si la « morale naturelle » paraît sensiblement voisine dans un même groupe familial ou social — et encore y a-t-il d'importantes variantes individuelles — elle est souvent comprise de façons très différentes lorsque l'on passe d'un groupe social à un autre, d'un pays à un autre, et l'exemple des enfants élevés dans un autre pays que celui dont ils sont originaires montre que les manifestations de la morale ne correspondent pas à des instincts.

En définitive, si quelques influences instinctives, donc héréditaires, y participent, la « morale » est constituée sous l'influence d'innombrables facteurs sociaux, donc acquis et variables. Ces divers éléments sont en partie soumis au crible du jugement intellectuel, mais l'élément émotif joue un rôle encore plus grand chez beaucoup de sujets. La nécessité d'un *choix* de l'individu pour aboutir à une *ligne de conduite* dans les diverses circonstances de la vie fait que la « morale » ne peut pas exister sans intervention de la vie psychique supérieure, mais celle-ci n'intervient pas seule et la vie réflexologique y joue un rôle important, en particulier par des réflexes conditionnels (d'origine éducative en grande partie) et par le facteur émotif.

Je me bornerai à ajouter que cette notion du « bien » et du « mal » apparaît souvent de façon très démonstrative dans le comportement de certains animaux, et j'en donnerai des exemples concrets. Certes, l'éducation représente un élément important (mais non exclusif) dans la genèse de ce comportement lié à la notion du « bien » et du « mal » chez l'animal, mais elle n'est pas moins importante dans la formation « morale » de

l'Homme. En tout cas, il est impossible de distinguer un « psychisme animal » d'un « psychisme humain » en utilisant comme critère l'absence ou l'existence d'une « conscience morale ».

*
**

La mémoire joue un grand rôle dans la vie psychique supérieure qui, sans elle, resterait rudimentaire, et il est évident qu'une grande mémoire en favorise l'exercice. Néanmoins, même lorsqu'elle intéresse les processus les plus élevés de la pensée, la mémoire correspond exclusivement à un phénomène réflexe : tel fait, telle sensation, tel ensemble de circonstances, telle idée évoque dans l'esprit une personne, un objet inanimé, un souvenir, par un processus réflexe quasi-automatique.

Toutefois, la mémoire peut être en partie influencée par la vie psychique : soit que celle-ci crée la circonstance intellectuelle qui déclenche le processus réflexe (la pensée constituant alors le *stimulus*, point de départ du réflexe), soit au contraire qu'elle tente de refouler un souvenir en inhibant le mécanisme réflexe. La mémoire n'en reste pas moins *seulement un moyen* que la vie mentale ou psychique supérieure utilise, mais qui ne se confond nullement avec elle.

Il en est de même du *langage verbal*, caractéristique de l'Homme, instrument le plus puissant et le plus délicat de sa pensée, mais néanmoins simple instrument que l'on a confondu à tort avec le processus mental lui-même.

*
**

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Après avoir abordé des problèmes si divers, une conclusion générale est nécessaire.

On a vu que, si l'on adopte la conception évolutionniste et transformiste de Lamarck, le psychisme des animaux supérieurs, y compris celui de l'Homme, n'est que la suite d'un développement très progressif de l'activité nerveuse dont on peut suivre les étapes successives. Cette lente progression des formes inférieures de la vie animale vers les formes les plus élevées n'a pas toujours été régulière, l'activité nerveuse de certains « phylums » s'étant développée et différenciée plus ou moins vite,

ayant parfois même subi des retours en arrière ; il a fallu franchir d'innombrables étapes intermédiaires.

J'estime cependant que l'on ne doit pas réduire cette évolution à une simple multiplication de réflexes innés et conditionnels comme paraît le faire en particulier l'école de Pavlov, et qu'on doit distinguer trois grands stades dans l'évolution phylogénétique des fonctions nerveuses.

1° *La vie réflexologique*

Avant son apparition, les espèces animales ne possédaient que « l'irritabilité » de Haller dans leurs cellules ou tissus, même lorsque ces derniers comprenaient des différenciations cellulaires suffisantes pour qu'il existe de véritables neurones sensitifs et moteurs.

La vie réflexologique apparaît avec les espèces animales qui possèdent des *systèmes de liaison* entre des neurones afférents et efférents. La transmission de l'influx nerveux ne représente d'ailleurs qu'une forme de « l'irritabilité » cellulaire générale, mais dans des cellules spécialisées qui assurent la propagation des actions stimulantes dans des conditions plus parfaites et avec plus de rapidité que dans les autres cellules.

Même dans les espèces animales inférieures, on peut déjà observer non seulement des « réflexes inconditionnels », innés, mais aussi des « réflexes conditionnels » acquis spontanément ou artificiellement. Il s'agit donc là de phénomènes fondamentaux de la vie animale.

Au fur et à mesure que les espèces évoluent vers des formes supérieures, les phénomènes réflexes ne cesseront plus de se multiplier et de se compliquer ; chez l'Homme même, un nouveau progrès extraordinaire et décisif est acquis grâce au « langage verbal » qui constitue — je suis d'accord sur ce point avec l'école pavlovienne — un ensemble remarquablement perfectionné de réflexes conditionnés.

Mais, aussi développés et complexes soient-ils, aussi important que soit leur rôle dans l'activité mentale caractéristique de l'activité psychique supérieure, les phénomènes réflexes ne peuvent suffire, à mon avis, pour expliquer toute l'activité nerveuse des espèces animales arrivées à un certain stade d'évolution.

2° *La vie instinctive*

Alors que l'on opposait autrefois *l'instinct* — caractérisant la vie psychique des animaux — et *l'intelligence* — caractérisant

l'esprit humain —, les auteurs modernes considèrent presque tous que ce que l'on appelle communément des « instincts » ne représente pas une forme particulière de l'activité nerveuse. Je ne suis d'accord ni avec l'une, ni avec l'autre de ces opinions. Il me paraît impossible d'assimiler les instincts à des « réflexes inconditionnels très complexes » comme Pavlov, ou à une simple « rubrique conventionnelle » comme C. T. Morgan, ou estimer comme les behavioristes que « la notion populaire de l'instinct ne résiste pas à l'examen ».

On doit bien comprendre que les phénomènes réflexes — comme l'irritabilité cellulaire primitive — sont des phénomènes organiques *passifs*, et c'est pourquoi la vie purement « réflexologique » des premières espèces animales possédant une organisation nerveuse est aussi une *vie passive* : ces animaux n'ont pas un « comportement », c'est-à-dire une manière de « se conduire », ils *subissent* seulement les effets des stimulations extérieures.

Songons maintenant, par exemple, à telle espèce de fourmis qui domestiquent des pucerons, les gardent enfermés la nuit dans de véritables étables, les emmènent pâturer le jour et les protègent contre leurs ennemis, afin de pouvoir les traire pour se nourrir des suc qu'ils excrètent ; ou encore à telle autre espèce qui cultive des champignons, fabrique dans ce but un terreau spécial, et dont la reine ne part jamais pour fonder une nouvelle colonie sans en emporter une bouture, et sans en commencer la culture, avant toute autre tâche, sur l'emplacement de sa future colonie. On ne peut vraiment pas expliquer de tels faits par le jeu de simples réflexes non conditionnels ; le système nerveux central ne représente plus alors seulement le lieu de passage ou de résonance de transmissions d'influx nerveux déclenchés par un stimulus et obligatoirement brefs, mais on assiste à un véritable « comportement », qui nécessite une faculté particulière du système nerveux central, devenu le *point de départ et de commande* d'une suite d'actes variés, faculté dynamique, active, coordinatrice, capable de s'adapter en partie aux circonstances extérieures.

C'est avec la vie instinctive que débute le « comportement » (qui n'est plus seulement une fonction passive), et cette faculté nerveuse est vraiment nouvelle, car elle coïncide avec l'apparition dans l'encéphale de systèmes fonctionnels nouveaux, et plus spécialement avec l'apparition dans l'encéphale du « système complexe » et des fonctions endocriniennes qui lui sont liées.

3° *La vie mentale ou psychique supérieure*

Avec elle, on ne constate plus seulement les phénomènes réactionnels passifs de la vie réflexologique, et le comportement dynamique prolongé et relativement adaptable aux circonstances extérieures de la vie instinctive, mais, en supplément, une véritable « pensée » que traduit et caractérise une possibilité de « choix » dans les actes ou dans les sentiments affectifs, et qui peut même aboutir à des actes créateurs nécessitant des facultés de prévision, d'imagination, dans les moyens à utiliser pour atteindre un but déterminé.

On ne peut, encore moins que dans les comportements instinctifs, assimiler simplement à des réflexes les actes multiples et très variés que doivent accomplir, par exemple, des castors pour construire leurs maisons, et, mieux encore, pour assurer la stabilité du plan d'eau qui leur est nécessaire afin que la partie inférieure de leurs maisons reste toujours immergée et la partie supérieure toujours hors de l'eau : cette stabilité n'est acquise par eux que grâce à un énorme travail collectif, avec des barrages leur permettant de créer des lacs couvrant souvent plusieurs hectares, avec des systèmes de fermeture et ouverture automatique évitant les conséquences des variations pluviales, avec des apports d'énormes troncs d'arbres par de longs chemins créés à l'avance pour en permettre le transport, tous travaux qui ont exigé de ces animaux une adaptation souvent stupéfiante aux conditions de terrains et une faculté nerveuse capable de créer en prévoyant et imaginant des moyens de réalisation.

Cette remarquable adaptation « intellectuelle » aux circonstances se traduit aussi dans le fait suivant : pourchassés, exterminés, les castors n'existaient plus en France qu'en certains points de Camargue où, contrairement à leurs habitudes ancestrales, ils construisaient des maisons basses et dissimulées au regard ; le gouvernement décida de faire une « réserve » dans laquelle leur destruction fût interdite : après quelques années de tranquillité, les castors de Camargue ont recommencé à construire leurs maisons en hauteur et sans les dissimuler. Au phénomène instinctif s'ajoutent des phénomènes mentaux qui appartiennent incontestablement à la vie psychique supérieure.

A mon avis, chez les animaux supérieurs, on voit ainsi se *superposer* trois étages nettement distincts de l'activité nerveuse, et dont chacun correspond aux trois principaux stades de son évolution phylogénétique.

Il existe une différence considérable entre le degré d'évolution

des facultés nerveuses de l'Homme et celui des autres espèces animales, mais, de cette différence de degré, on ne doit pourtant pas conclure à une différence de nature. L'apparition du langage verbal correspond à une faculté organique supplémentaire qui a considérablement accru le degré d'évolution et surtout les moyens de l'activité mentale de l'Homme, mais sans que cet accroissement ait fait apparaître une réelle différence de nature entre le psychisme de l'espèce humaine et celui des espèces animales qui lui sont inférieures.

Chez l'Homme, comme chez les autres animaux supérieurs, les trois étages de l'activité nerveuse décrits plus haut se recouvrent et s'intègrent de telle façon qu'un même comportement peut trouver son origine dans des éléments appartenant à ces trois types d'activité nerveuse. Pour les distinguer dans la complexité du psychisme supérieur, il est indispensable d'en faire une analyse minutieuse d'après des critères aussi précis que possible. Ceci me paraît avoir une grande importance à la fois pour l'étude de la psychologie, des maladies mentales et de leur thérapeutique.

Je me propose d'illustrer plus tard ces notions dans des études analytiques portant sur des cas concrets.

DE QUELQUES SIGNIFICATIONS DE L'ANGOISSE EN PSYCHOPATHOLOGIE

PAR

M. BERGOUIGNAN

Dire que l'angoisse représente la clef de toute compréhension valable des névroses et des psychoses dites endogènes, c'est aujourd'hui énoncer un truisme qui n'est plus guère contesté. On rencontre en effet l'angoisse à tous les tournants de la psychiatrie, tantôt sans masque, tantôt camouflée derrière une symptomatologie de façade qui ne la recouvre ou ne la colmate qu'incomplètement. Chaque fois que l'on tente une analyse structurale de la maladie mentale, on retrouve l'expérience angoissante à la source de tout le développement psychopathique. La psychanalyse freudienne semblait l'avoir un moment reléguée au deuxième plan, pour voir dans le comportement pathologique l'expression symbolique plus ou moins filtrée par l'anxiété, et plus ou moins dissimulée de ce fait, de certaines pulsions hypothétiques. En abandonnant certains postulats et en revenant davantage à l'étude phénoménologique du Moi au cours de la maladie, elle aboutit aujourd'hui, suivant une formule à laquelle nous souscrivons volontiers pour notre part, à découvrir « derrière les symptômes (de la maladie mentale) les mécanismes de défense (du Moi), derrière ceux-ci, l'angoisse, et, derrière celle-ci, les pulsions... » (J.-C. Racamier) (1). Tout en l'adoptant, reconnaissons cependant à cette formule deux plans de signification : un plan proprement médical, psychiatrique, qui décompose la maladie mentale en mécanismes de défense contre l'agression représentée par l'angoisse, et rejoint ainsi, *mutatis mutandis*, les voies traditionnelles de la médecine depuis Hippocrate ; un plan métaphysique des pulsions fondamentales de l'homme, qui

(1) J.-C. RACAMIER : *L'évolution psychiatrique*, 1953, 4, 122.

échappe à l'observation médicale et ne peut être qu'une induction plus ou moins hasardeuse, grandement conditionnée par les limitations philosophiques de chacun (2) : d'avoir mis un instinct ou une pulsion ou plusieurs pulsions à la base de tout son édifice, a pu fournir à la psychanalyse freudienne le fil conducteur de certains développements fructueux, lui servir utilement de concept opérationnel, mais cette prémisse a pesé aussi d'un poids très lourd sur l'appréhension de la réalité clinique qu'elle a trop souvent déformée au gré de ses *a priori* systématiques.

L'exigence phénoménologique a rendu les psychologues plus stricts dans l'analyse structurale des manifestations mentales ; mais il nous semble qu'elle n'a pas assigné à l'angoisse la place de premier plan qui lui revient en psychopathologie. C'est qu'elle devait nécessairement répugner à une définition « chosiste » de l'angoisse ; il n'y a pas, en effet, d'angoisse en soi, il n'y a que des hommes angoissés ; quand on pense avoir repéré dans l'angoisse l'agression contre laquelle le malade mobilise des mécanismes de défense plus ou moins adéquats, on paraît présumer que l'angoisse est hors de l'homme, alors qu'elle est vécue par l'homme tout entier.

Nous croyons que cette restriction, aussi juste et aussi fondée qu'elle apparaisse en droit, ne recouvre pas toutes les significations de la réalité clinique, telles qu'elles s'imposent à l'observation « naïve ». En effet, c'est le propre de l'expérience angoissante d'être vécue par l'homme et de déterminer en même temps chez lui des réactions qui ont une signification cohérente de défense contre son irruption dans l'existence. Ce clivage ne nous paraît pas artificiel : l'homme vit son angoisse et, en même temps, réagit contre elle.

Sans doute, cette vision n'est-elle pas dépourvue d'un finalisme qu'il ne faut pas se dissimuler. Mais, comme le rappelait récemment J. Cathala, « qu'on le veuille ou non, toute physiologie se pense et s'écrit en langage de finalité ». Et quelle plus belle illustration peut-on souhaiter d'un finalisme (d'ailleurs aveugle, au service d'une vie qu'il supprime parfois), que celle fournie par les développements récents de la science des anticorps, des auto-anticorps, des maladies d'auto-agression, qui renouvellent le visage de la pathologie médicale ? Il n'est question que de mécanismes de défense par lesquels l'être vivant essaie de détruire, d'isoler ou de bloquer les substances hétérogènes, « dangereuses », introduites dans son sein, et où il associe tous les tropis-

(2) Nous renvoyons en particulier à la critique de K. Goldstein.

mes partiels de ses tissus dans un mouvement général qui, parfois, dépasse son but.

Sans doute, est-il présomptueux d'assimiler *à priori* les lois du comportement psychologique et celles du comportement physiologique face à l'agression. Cependant, depuis les progrès de la psychanalyse, nous pouvons avancer que le mouvement général est le même, bien que les mécanismes de défense (attitudes de l'organisme vivant) mis en jeu ne soient évidemment pas comparables. Qu'il nous suffise ici d'évoquer ces rapprochements, pour justifier en quelques mots une position médicale, dans la compréhension du rôle pathogène de l'angoisse, qui déborde les données strictes de l'observation phénoménologique pour nous ramener, en psychopathologie, vers une tradition hippocratique, dont la psychanalyse, en l'occurrence, nous apparaît sur ce point l'héritière.

Si l'on admet le caractère d'agression que l'angoisse revêt pour l'existence, il est facile de superposer la vision hippocratique, néo-psychanalytique, que nous proposons, et la vision organodynamiste, néo-jacksonienne d'H. Ey ; pas plus qu'H. Ey (3), nous ne voyons pas comment on peut « expliquer la régression par la force du Ça », comme une psychanalyse trop exclusivement symboliste tendait à le faire ; en effet, « le rêve est non point la cause ou le gardien du sommeil, mais son effet ou son prisonnier... ». D'où vient donc la dissolution ? Citons P. Janet qui voit dans l'émotion le facteur qui « supprime graduellement, suivant sa force, les phénomènes supérieurs et abaisse la tension au seul niveau des phénomènes dits inférieurs » (4). Le stress de l'émotion intense — nous disons ici de l'angoisse — représente à nos yeux le facteur de dissolution au sens d'H. Ey dans la psychopathologie dite endogène — et aussi dans cette médecine que l'on qualifie de psychosomatique.

Aussi bien n'est-ce pas cette signification de l'angoisse, ni son rôle en pathologie mentale que nous nous proposons d'examiner ici ; il y faudrait une récapitulation et une analyse structurale de tous les syndromes psychopathiques et une définition de tous les mécanismes de défense mis en jeu par l'organisme.

Le problème que nous voulons aborder n'est pas moins débattu : c'est celui de la *signification intrinsèque de l'angoisse*

(3) H. EY : Contribution à l'étude des relations des crises de mélancolie et des crises de dépression névrotique. *L'évolution psychiatrique*, 1955, 3, 532.

(4) P. JANET, cité d'après R. LACROZE : *L'angoisse et l'émotion*, Boivin éditeur, Paris.

pathologique, telle qu'elle se révèle en clinique à l'état naissant, pour envahir l'homme tout entier et le conduire parfois, sous réserve de certaines dispositions personnelles, à des comportements pathologiques.

C'est à l'aide de l'expérience clinique courante du praticien engagé dans une activité hospitalière et privée, que nous essaierons de dégager quelques-unes des significations de l'angoisse qui nous ont paru suffisamment constantes en pratique médicale. Nous ne nous référerons que d'une façon très brève aux autres concepts théoriques qui ont essayé de résoudre les mêmes problèmes en psychopathologie, et encore plus brièvement — et plus prudemment — aux positions philosophiques qui peuvent se profiler à l'arrière-plan de nos thèses. Même ainsi limité et traité dans une vue très schématique, le problème est de ceux qu'on ne peut pas espérer d'embrasser dans son entier ; mais il est aussi de ceux dont l'éclaircissement est une condition majeure du progrès dans la connaissance et la pratique psychiatriques ; aussi, nous a-t-il paru légitime de proposer, malgré ses insuffisances, la contribution que nous apportons ici.

Car, quelle que soit l'importance des travaux parus dans la littérature médicale, de source surtout psychanalytique, il n'échappe à personne que cette question centrale de l'angoisse n'a pas reçu de réponse satisfaisante et que les doctrines procédant d'une vue arbitraire des pulsions humaines n'ont proposé que des solutions partielles, discordantes ou contradictoires. Freud lui-même, au cours du développement sinueux de sa pensée, a, le premier, donné l'exemple des vues contradictoires (J. Boutonier) (5). « Ce problème est de ceux sur lesquels les vues de Freud se sont souvent modifiées et qu'il laisse toujours sur le chantier. » (Ch. Baudoin cité par J. Boutonier). Les écoles psychanalytiques, si elles ont, au cours de ces dernières années, mis l'angoisse toujours plus en relief dans la trame des faits psychopathiques, n'ont pas davantage réussi, du moins dans la limite de notre information, à unifier leurs conceptions qui sont en perpétuel devenir et ne manquent pas de laisser au lecteur une impression réelle de flottement. Nous ne citerons, sans prétendre à être exhaustif, que quelques-unes des interprétations proposées : frustration de la libido, peur de la castration, sentiment de culpabilité, impuissance du Moi à arbitrer ses conflits, retournement de la pulsion agressive, peur de destruction, peur

(5) J. BOUTONIER : *L'angoisse*, P.U.F., Paris, 2^e édition, 1949.

de morcellement qui semble représenter pour l'instant la formule synthétique la plus compréhensive. Il arrive que des études psychanalytiques réputées, semblant renoncer à saisir une signification positive, phénoménologique, de l'angoisse vécue dans la maladie mentale, se contentent de lui assigner une finalité générale « de signal d'alarme, selon la dernière formulation uniformément acceptée de Freud » (M. Bouvet), ce qui rejoint assez curieusement certaines positions métaphysiques des siècles passés (cf. l'histoire de R. Lacroze). Mais ce type d'interprétations trop vagues ne peut pas fournir de données vraiment utilisables en psychopathologie et en psychothérapie.

Nous permettra-t-on de suggérer que la faiblesse reconnue de la psychanalyse freudienne dans ce domaine particulier semble provenir de quelques postulats ? Citons d'abord la prétention, si combattue aujourd'hui, à définir l'homme par des instincts ou des pulsions particulières qui, même multipliés, n'embrassent jamais la totalité des motivations sous-jacentes au comportement humain : d'où, par exemple, les définitions contradictoires qui ont paru rattacher l'angoisse tantôt à la pulsion sexuelle, tantôt à la pulsion agressive. Il faut aussi incriminer, nous semble-t-il, la tendance à découper la vie psychique en expériences étroitement refermées sur elles-mêmes, qui se répètent identiquement au cours de l'existence pathologique : d'où l'angoisse rattachée à telle situation traumatisante du passé, angoisse de castration, angoisse de culpabilité œdipienne, et constamment revécue dans son contenu et son thème initial. Si tout psychiatre peut admettre certains arrêts pathologiques de la vie psychique, qui se répète parfois en altitudes stéréotypées, en « compulsions de répétition » (mais ceci représente encore une autre dimension de ce syndrome pluridimensionnel que constitue toute maladie mentale), il y a lieu, pour la signification de l'angoisse au long d'une existence névrotique par exemple, de préciser ceci qui est capital à nos yeux : ce n'est pas l'expérience angoissante qui se répète avec son contenu primitif, c'est *son sens qui reste le même* à travers l'existence ; il n'est pas possible autrement d'éviter, de réduction en réduction vers l'expérience initiale, l'explication audacieuse et vide qui inclut toute la signification de l'angoisse humaine dans le traumatisme de la naissance (Rank). Il est juste de reconnaître que la psychanalyse abandonne de plus en plus « la conception d'un traumatisme unique infléchissant brusquement l'évolution de la personnalité... au profit d'une situation vitale micro-traumatique largement étalée dans le temps »

(M. Bouvet). Si nous comprenons bien, la situation vitale reste durablement traumatisante parce qu'elle garde, pour la personnalité qui l'endure, la même signification hostile qu'il s'agit précisément de définir.

C'est, en tout cas, le but de notre recherche : elle ne fait fi d'aucune des situations reconnues comme angoissantes par la psychopathologie classique ou par la psychanalyse, mais elle essaie de les ordonner suivant certaines significations constantes, d'ailleurs étroitement reliées entre elles. C'est ainsi que nous avons cru pouvoir retenir que l'angoisse dévoilait toujours, en psychopathologie, une *menace de destruction du Moi*, mais que cette menace revêtait diverses formes concrètes qui, même étroitement apparentées, doivent être cependant distinguées et isolément explicitées. Nous distinguons de la sorte :

- 1° une angoisse de destruction proprement dite ou de mort ;
- 2° une angoisse de dévalorisation ;
- 3° une angoisse de frustration affective.

Cette perspective des « significations permanentes » n'exclut nullement toute l'abondante moisson de constatations authentiques, recueillies dans d'autres perspectives : les recoupements devraient, au contraire, confirmer ce qu'il y a de vrai dans les unes et dans les autres.

1° ANGOISSE DE DESTRUCTION

L'angoisse, en clinique psychiatrique, implique très fréquemment un pressentiment, une imminence de mort : pour Brissaud, elle paraissait être une « méditation de la mort » ; il vaudrait mieux dire, — car il n'y a pas de méditation ici —, avec L. Lavelle, qu'elle est « un tremblement du corps qui déjà s'effondre à la pensée du coup qui va l'anéantir ». C'est surtout la clinique de la névrose d'angoisse qui nous découvre ce visage de l'angoisse. Or, la psychanalyse a justement montré que la crainte de la mort ne saurait être le point de départ habituel de l'angoisse en psychopathologie, même si elle s'y fait jour en maintes circonstances ; mais, ce faisant, la psychanalyse tend à passer complètement sous silence cet aspect, presque trop voyant, de l'angoisse. Et nous pensons que cette omission totale n'est pas légitime. Même si ce n'est pas la crainte de la mort qui induit l'angoisse en psychopathologie, l'observation consigne à tout instant que l'angoisse éveille une crainte de mort chez nos ma-

lades. Et ne peut-on pas inclure dans une même signification générale, l'angoisse — non moins authentique que celle de nos névrosés — du malade « organique » atteint d'angor ou d'insuffisance respiratoire, ou d'autres affections prêtes à suspendre la vie (6), et ces curieuses observations, témoignant d'une sorte de prescience biologique de l'organisme, où l'angoisse annonce l'imminence d'une catastrophe que rien encore ne permet de déceler ? Evoquons, entre autres, l'angoisse des phlébitiques qui a fait l'objet d'études récentes (6^{bis}) : l'angoisse, survenant chez un opéré jusque-là paisible, doit faire soupçonner « une embolie sur le point de se déclencher » ; les explications purement périphériques que l'on a voulu donner de cette curieuse manifestation ne sont pas convaincantes : c'est tout l'organisme qui est mû par un obscur avertissement, où la substance réticulée activatrice du tronc cérébral joue certainement un rôle majeur (ce qui permettrait d'avancer une interprétation « topographique » de la fréquence plus grande de l'angoisse au cours de certaines affections du tronc cérébral). Une conception générale de l'angoisse ne peut faire fi de ces constatations maintes fois renouvelées. L'angoisse de destruction a une réalité clinique ; mais, répétons-le avec les psychanalystes, même si elle colore d'emblée le tableau clinique et lui donne une tonalité dramatique, elle n'est pas l'initiatrice en psychopathologie. Elle donne cependant à l'angoisse du névropathe quelques-unes de ses dimensions : la peur de l'inconnu, l'attachement tyrannique aux structures familières et rassurantes nous apparaissent comme le prolongement de cette peur de destruction. Qu'elle soit parfois submergée par une angoisse plus forte qui ne trouve pas, elle, d'autre échappatoire que dans la mort, peut indiquer seulement une chose : c'est que les peurs que nous allons maintenant étudier peuvent revêtir une intensité encore plus dramatique.

2° ANGOISSE DE DÉVALORISATION

C'est encore une menace de destruction du Moi (7) que révèle cette angoisse, mais une destruction qui menace l'existence

(6) H. Ey : Anxiété morbide, in *Etudes psychiatriques*, tome II, 379-425, Desclée éditeur, Paris.

(6^{bis}) Ph. DETRIE : Angoisse des phlébitiques. *P. M.*, 64, 503 (1956).

(7) Le lien avec la peur de la mort va, nous semble-t-il, de soi. L. Lavelle réduit même la crainte de la mort à « la douleur extrême de l'amour-propre qui ne se borne point à subir quelque perte, à abandonner tout ce qu'il croit posséder... mais qui se sent lui-même forcé de succomber, de renoncer non plus à l'objet du désir, mais au désir même » ; cité d'après R. Lacroze.

sociale de la personne qui « demande à être considérée pour son compte et à être prise en considération » (Guardini, cité par W. V. Baeyer) (8).

Il y a longtemps déjà que P. Janet voyait dans l'angoisse une réaction d'échec. Mais qu'est-ce que l'échec pour le Moi, sinon une expérience de dévalorisation ?

Le sentiment d'infériorité, qui colore si souvent l'angoisse de nos névrosés, peut se comprendre comme un autre aspect de cette angoisse de dévalorisation.

Sans vouloir détailler le contenu qu'implique à nos yeux ce terme de dévalorisation, disons seulement que bien des transitions nous conduisent au sentiment de culpabilité pathologique, sentiment de dévalorisation par excellence à l'égard d'une communauté et de ses règles de vie (9).

Dans toutes les manifestations de cette angoisse, l'Autre apparaît et exerce sur chacun ce « droit exorbitant » qu'il a de juger, d'apprécier, de condamner. Cette situation fondamentale de l'être humain, que les philosophes d'aujourd'hui mettent en relief (être regardant, être regardé : J.-P. Sartre) et que la psychiatrie contemporaine a particulièrement analysée dans le délire de persécution (cf. le travail de W. V. Baeyer sur le concept de rencontre en psychiatrie), revendique un rôle, à nos yeux, capital à l'origine de certaines angoisses : la pesée des autres ne s'exerce pas seulement au sein de la famille, selon la perspective trop réductrice de la psychanalyse ; mais, comme l'écrit J. Delay (10), « toute cellule sociale, et non pas seulement la famille, constitue en quelque sorte ce qu'André Gide appelle un régime cellulaire, qui oppose à la libre expansion de l'individu des gênes différemment senties et consenties ».

Pour en rester au concept de dévalorisation (qui nous a paru dans notre pratique plus précis et plus adéquat que celui d'oppression), rappelons combien les normes des comportements valorisés ou dévalorisés varient selon les sociétés humaines et combien le jugement du groupe dépend des formes culturelles qui lui sont propres. Les études comparées des ethnologues (citons seulement Margaret Mead et Ruth Benedict) ont largement souligné que les types les plus contradictoires du comportement pouvaient être « vérité en-deçà, erreur au-delà ». L'an-

(8) W. V. BAEYER : Le concept de la rencontre en psychiatrie. *Der Nervenarzt*, 26, 369 (1955).

(9) G. BALLY : Le problème de la faute et la psychothérapie. *Archives suisses de Neurol. et de Psych.*, 70, 227 (1952).

(10) J. DELAY : Aspects de la psychiatrie moderne. *N.R.F.*, 1951.

goisse de dévalorisation ne répond donc pas à un type objectif de comportement, mais varie avec les groupes sociaux où le sujet est intégré (sans avoir réalisé son autonomie interne).

Nous ne pouvons qu'ébaucher l'étude des convergences et des divergences entre l'angoisse de dévalorisation et d'autres conceptions qui envisagent des situations semblables dans une perspective toute différente.

Avec le Surmoi de Freud, « métaphore didactique », — mais qui a permis de fouiller de façon très fructueuse la formation de la moralité infantile, cette « morale fermée » de Bergson —, nous sommes aux prises dans la doctrine psychanalytique avec un pouvoir contradictoire, « qui s'introduit entre la conscience et l'inconscient, comme un juge pour l'une, comme un moyen de répression à l'égard de l'autre. Pouvoir doué d'une clairvoyance suprême, mais qui se dérobe lui-même à la connaissance de la conscience, en qui devrait, par définition, se résoudre toute connaissance » (H. Wallon) (11). C'est tout le procès que nous ne pouvons pousser plus avant, de ces entités « en troisième personne », auxquelles se substitue toujours davantage une vision globale du Moi dans la psychiatrie contemporaine.

A cette entité mythique, A. Hesnard a substitué précisément une dimension fondamentale du comportement qu'il appelle la « dimension éthique », faite d'une prémorale qui se survit au-delà de l'enfance et pose pour le sujet un univers pathologique de culpabilité. Mais si cette façon d'envisager le problème échappe, d'après H. Wallon, à la critique de « l'édifice mythologique » freudien, elle n'échappe pas encore au péril des conceptions psychanalytiques qui est de « fondre ensemble l'individuel et le social au lieu de les articuler l'un sur l'autre..., de chercher dans l'individuel l'explication intégrale du social » (12). H. Wallon souligne ainsi l'écueil que nous avons cru voir dans tous les concepts psychanalytiques et que notre essai voudrait éviter en embrassant, dans une synthèse plus large de significations permanentes, les phases successives de la biographie du sujet.

La dimension éthique, le sentiment de culpabilité s'appliquent mal à la réaction d'échec (qui est souvent décrite comme un masochisme hypothétique), et certaines écoles psychanalytiques se sont vues obligées de construire une autre pulsion vers un « idéal du moi » sans pouvoir circonscrire ce besoin permanent

(11) H. WALLON : *Préface de l'Univers morbide de la faute*.

(12) A. HESNARD : *L'Univers morbide de la faute*, P.U.F., Paris, 1949.

de valorisation, d'être pris en considération, que l'analyse met toujours en évidence, chez les névrosés.

Aussi, Lacan (13) a-t-il pensé que « le névrosé recherche moins la satisfaction d'un désir que la reconnaissance de ce désir par autrui ».

Nous voilà bien proches du concept adlérien de volonté de puissance, de besoin de se faire valoir, qui, certes, garde toujours son utilité et a même trouvé un renouveau d'actualité à travers les études de psychologie sociale où il s'est avéré fécond. Mais ce n'est pas une pure subtilité de soutenir que l'angoisse de dévalorisation n'est pas seulement l'envers d'un besoin de se mettre en valeur : car non seulement nous refusons, à la suite de K. Goldstein et de Merleau-Ponty, toute pulsion particulière intégratrice de toutes les autres pulsions humaines, mais surtout nous verrons que l'angoisse de dévalorisation, comme toute angoisse en psychopathologie, déborde le besoin de se faire valoir et qu'elle inclut aussi une insatisfaction des besoins affectifs.

Il n'est pas possible de dénombrer dans cet article les situations pathologiques où l'angoisse est principalement vécue en termes de crainte de dévalorisation : elle s'intrique, sans qu'il faille faire appel à la notion de sublimation, avec l'effort qu'engage le Moi pour se revaloriser : fiction compensatrice, activité perfectionniste du psychasthénique, survalorisation maniaque succédant à la dévalorisation mélancolique, bénéfices secondaires de la fuite dans la maladie pour l'hystérique, aggravation de l'angoisse du fait de la minimisation des troubles par l'entourage, réactions d'autojustification, etc...

Nous voudrions seulement, à titre d'exemple d'une dévalorisation redoutée et refusée, situer le thème, devenu classique depuis les travaux de Freud et de son école, du refus de féminité, si fréquemment rencontré chez la femme névrosée d'aujourd'hui. La qualification freudienne d'envie du pénis ou de revendication phallique montre assez clairement qu'aux yeux de Freud, c'est l'anatomie qui déciderait de la psychologie de la femme, ou, plus exactement, la conscience qu'elle prend de la différence anatomique entre les sexes et le sentiment d'envie qu'elle en éprouverait. Ceci fut déjà contesté par Adler qui conseillait de ne pas se laisser obnubiler par l'imagerie sexuelle et affirmait que le « but final de toute névrose consistait dans une exaltation du sentiment de personnalité dont la modalité la plus simple nous est

(13) Cité d'après J. ROUART : *Encyclopédie Méd. Chir. Psychiatrie*, t. II.

donnée par l'affirmation de virilité » (14). S'il n'est pas question de contester que certaines névrosées cristallisent leur aspiration en une envie concrète de pénis (ce n'est pas toujours le psychanalyste qui le suggère à partir de ses positions doctrinales), il est infiniment plus fréquent que la différence entre les sexes soit ressentie comme une infériorité plus globale (où interviennent, dans toute leur trame complexe, les relations affectives de l'enfant avec chacun de ses parents, et ses besoins d'identification, que nous n'aborderons pas dans cet exposé) : les premières expériences de restrictions « sociales » propres au sexe féminin se situent très tôt dans l'enfance (15), et il est certain que les influences conjuguées de tout l'entourage familial et des habitudes établies s'appliquent à les rendre toujours plus sensibles et plus mortifiantes à la fillette qui réagit en constituant son refus de dévalorisation. C'est le sentiment douloureux d'appartenir à un « deuxième sexe » dévalorisé, et non la conviction d'avoir été physiquement mutilée, qui est, au fond de l'expérience angoissante de la fillette, immédiatement colmatée par le refus de cette situation.

On pourrait parler de « revendication féministe », mais ce serait encore suggérer une pulsion hypothétique et une généralisation hasardeuse ; pour rester fidèle à la règle médicale de la compréhension interne du fait pathologique en évitant toute extrapolation, il est préférable de parler d'angoisse de dévalorisation féminine.

Cet exemple nous permet d'ouvrir une parenthèse très brève et qui, certes, n'épuise pas le sujet sur la part que nous avons reconnue à la sexualité dans la genèse de l'angoisse. Il n'est pas question de minimiser la part des attitudes sexuelles dans les modes d'être et de paraître de chacun des individus des deux sexes ; *elles imprègnent tout son comportement* et alimentent en particulier trop souvent, dans notre civilisation, son angoisse de dévalorisation : une sexualité ressentie comme honteuse, du fait d'une éducation mal comprise, alimentera sans relâche cette angoisse ; d'autres situations, telles que certains narcissismes, compensateurs de frustrations angoissantes, expriment dans maints états névrotiques toute la force que peut prendre la recherche du plaisir sexuel. Mais ramener toute la relation affective à la libido, même en finissant par « castrer » celle-ci de toute signification sexuelle, pour ne lui conserver qu'un sens d'élan

(14) A. ADLER : *Le tempérament nerveux*, Payot, éditeur, Paris, 1948.

(15) F. J. J. BUYTENDIJK : *La femme, ses modes d'être, de paraître, d'exister*. Desclée de Brouwer, éditeur, Paris, 1954.

vital et d'élan vers les autres à la fois, nous paraît conduire à des impasses. Comme à beaucoup d'autres, le pansexualisme de Freud — même s'il a rendu service comme concept opérationnel (J.-P. Sartre a montré plaisamment comment on pouvait exprimer les termes d'existence en symboles sexuels et inversement) — nous paraît devoir être dépassé par la recherche psychiatrique.

3° ANGOISSE DE FRUSTRATION AFFECTIVE

Il n'y a pas de cloison étanche entre les diverses significations que nous avons essayé de reconnaître à l'angoisse : elles se complètent et se compénètrent sans se superposer. C'est ainsi que la perte d'estime est ressentie à la fois comme dévalorisation et comme frustration affective, ou bien que la perte de protection est vécue à la fois comme frustration et peur de destruction.

L'angoisse de frustration affective précède, dans l'histoire du développement psychique de l'enfant, l'angoisse de dévalorisation : on pourrait dire que l'angoisse de frustration affective a comme champ de prédilection l'enfance, tandis que l'angoisse de dévalorisation culminerait dans l'adolescence ; il est inutile de rappeler la progression génétique de l'une vers l'autre.

On ne peut pas étudier, même sommairement, cette angoisse de frustration, sans mettre l'accent sur les très nombreuses découvertes que la psychologie de l'enfance a accumulées au cours de ces 50 dernières années ; or, nous ne pouvons aborder ici le problème des étapes et des situations particulières ainsi décrites.

Rappelons seulement qu'une étude plus impartiale des comportements infantiles a réduit la signification érotico-sexuelle longtemps attribuée par le freudisme à ceux-ci pour mettre l'accent sur les relations interpersonnelles de l'enfant et ses besoins affectifs (R. Lagache).

Les études de R. Spitz ont précisé aussi que, pendant les premiers mois de la vie, on ne peut pas parler d'angoisse caractérisable : on ne peut parler que de déplaisir et de quiétude, en remarquant que le déplaisir représente une manifestation globale indifférenciée d'alarme pour la satisfaction des besoins vitaux (faim en particulier) (16) ; ce n'est qu'à partir du sixième

(16) Nous ne pouvons aborder ici le problème des rapports entre douleur et angoisse en pathologie.

mois qu'on peut différencier douleur et angoisse et celle-ci semble se manifester de façon spécifique, alors que la mère est déjà identifiée, quand l'enfant est mis en présence d'un visage inconnu : nous avons l'image de la première angoisse par « perte de l'objet aimé ».

Pourquoi cette frustration affective, si précocement apparue, demeurera-t-elle toujours angoissante chez quelques-uns, tandis que la plupart parviennent, en cours d'existence, à en liquider ou en atténuer les contraintes ? C'est le problème de l'immaturité affective et même, plus généralement, de la différence entre le comportement normal et le comportement pathologique. Sans pouvoir approfondir ce thème (17), signalons que le comportement pathologique nous apparaît précisément comme construit de réponses successives à une angoisse toujours en mouvement, qui ne laisse pas de liberté au Moi, tandis que, dans le comportement normal, ce Moi est disponible pour des tâches extérieures et une dialectique vivante avec le milieu extérieur.

Remarquons surtout que les besoins affectifs semblent varier beaucoup d'un sujet à l'autre : certains sujets qu'on a appelés captatifs, qui sont bien proches de ceux que Ch. Odier et G. Guex appellent abandoniens, restent toujours avides et insatisfaits, tandis que d'autres, grâce sans doute à des mécanismes narcissiques plus développés, semblent, dès l'enfance, avoir une sensibilité plus émoussée à l'égard des carences affectives, et que la plupart, grâce à un milieu épanouissant, mûrissent plus ou moins complètement leurs besoins.

C'est dans la prime enfance que l'angoisse de frustration affective apparaît avec toute sa signification de stress émotionnel particulièrement redoutable pour l'organisme vivant, puisqu'elle peut arrêter tout le développement psychomoteur de l'enfant, perturber gravement sa physiologie somatique et le conduire à la mort (hospitalisme de R. Spitz).

Cette angoisse, la première en date dans l'existence, fait toujours partie de toute angoisse : c'est elle que le psychothérapeute découvrira à l'arrière-plan de toute angoisse, même si le sentiment de dévalorisation paraît constituer tout le tableau clinique. C'est d'ailleurs ce qui va permettre le transfert en psychothérapie ; c'est aussi ce qui permettra au psychothérapeute de guider son patient vers la liberté psychologique, en se contentant de favoriser l'établissement d'une autonomie suffisante avec un mi-

(17) Cf. FR. DUYKAERTS : *La notion de normal en psychologie clinique*. Vrin, éditeur, Paris, 1954.

nimum d'oblativité, termes essentiels de la maturité affective ; les autres dimensions de l'angoisse paraissent s'évanouir comme par enchantement au cours de son travail, s'il réussit.

C'est que l'angoisse est une ; même si elle est vécue surtout comme angoisse de mort ou comme angoisse de dévalorisation, elle est toujours sous-tendue par une angoisse de frustration affective ; inversement, l'angoisse liée à la « perte de l'objet aimé » est vécue en même temps comme angoisse de dévalorisation ou y conduit directement. Nous pourrions en citer de nombreux exemples tirés de nos dossiers ; il est préférable, pour éviter toute interprétation unilatérale, de proposer un exemple d'A. Hesnard (*in* « L'univers morbide de la faute », p. 202) :

Une malade de 58 ans vivait, après bien des deuils et des misères morales, auprès de sa dernière fille, célibataire, sur laquelle elle avait reporté toute son affection de femme vieillissante et inquiète, mais vaillante et active. Un jour sa fille se marie ; et la pauvre mère, par devoir, ne s'oppose pas à cet événement, heureux pour l'enfant mais pour elle catastrophique. Quelques semaines après la séparation, subie par la malade avec un courage muet et souriant, souffrant atrocement de sa solitude, elle tombe tout d'un coup dans un état de mélancolie anxieuse typique : *le jour même* où elle exprime pour la première fois la conviction inattendue d'être indigne, à la charge des autres, coupable de toutes sortes de fautes passées et présentes (qu'on peut lui suggérer facilement lorsqu'on ne se méfie pas de cette aptitude à justifier sa culpabilité sans cesse sur le qui-vive), *elle cesse complètement* de parler de sa fille et même d'y penser ; elle écarte tout sujet de conversation ayant trait à son chagrin de l'avoir vue partir. Lui suggère-t-on que sa fille a eu tort de l'abandonner, elle proteste : C'est elle-même qui est coupable et non la pauvre enfant ; d'ailleurs, elle est, dit-elle, consolée depuis longtemps et n'y pense plus jamais. On a l'impression qu'elle est parvenue, *par la maladie*, à chasser sa fille d'elle-même. Elle passe alors son temps à rechercher tous les torts qu'elle a eus et s'accuse, elle scrupuleuse et pudibonde, d'avoir eu, durant sa jeunesse, des idées de tromper son brave mari et d'avoir eu des imaginations lascives sur lesquelles elle insiste en gémissant.

Que nous apprend son histoire personnelle ? — Qu'elle s'est toujours exagérément mais discrètement *attachée* à certains êtres : sa mère, puis son mari, mort il y a quelques années (à cette époque, petit épisode de dépression), puis plusieurs de ses enfants successivement, surtout les filles. A chaque séparation des êtres chers, dont deux sont morts et les autres partis vivre leur vie, elle s'est accusée d'être indigne, mais sans que ce sentiment ait été remarqué de l'entourage....

BRÈVES REMARQUES SUR LES CONFLITS ET L'AGRESSIVITÉ
EXAMINÉS DANS LE CHAMP DE L'ANGOISSE PATHOLOGIQUE

Cette vue cavalière des significations de l'angoisse en psychopathologie serait bien incomplète, même dans le cadre du canevas très schématique auquel nous nous limitons, si nous n'indiquions ici quelques significations que nous avons cru pouvoir attribuer aux conflits « intrapsychiques », aux compensations narcissiques et à l'agressivité chez l'homme angoissé.

Le conflit jamais résolu, le tiraillement permanent entre les contraires, qui est un des aspects les plus caractéristiques de certains malades mentaux, est habituellement attribué, depuis que le vocabulaire freudien est passé dans le langage courant de la psychiatrie, à une opposition entre les forces instinctives du Ça et les forces répressives du Surmoi, opposition que le Moi est incapable d'arbitrer efficacement. Mais est-il indispensable d'invoquer ces « explications en troisième personne », est-il même nécessaire d'invoquer des pulsions isolées et contradictoires, pour rendre compte de la situation conflictuelle de nos malades ?

Pour garder une vision de l'homme total, ne peut-on concevoir que le conflit se situe entre le besoin inéluctable *d'être* et l'angoisse de dévalorisation qui s'inscrivent l'un et l'autre dans tout comportement, mais dont la contradiction prend une intensité si dramatique chez le malade mental ?

En psychothérapie, la contradiction apparaît aussi entre l'angoisse de dévalorisation, qui ferme le patient et prolonge sa résistance à l'égard de cet Autre privilégié qu'est le psychothérapeute, et son angoisse de frustration affective qui se cache et refuse de s'exprimer, alors que c'est elle que le psychothérapeute veut mettre à jour pour la guider vers les épanouissements affectifs qui guérissent : ce langage nous a paru faciliter, aussi bien que d'autres vocabulaires, les prises de conscience nécessaires.

Avant d'aborder le problème si important de l'agressivité en pathologie mentale, qu'il nous soit permis de remarquer que le narcissisme nous est apparu chez nos malades, dès les premières étapes du développement, comme un mécanisme compensateur de la frustration affective et de l'angoisse. Cette vision restrictive (mais, dans d'autres analyses, le narcissisme ne se confond-il pas trop facilement avec l'exercice même des fonctions du vivant ?) coïncide, croyons-nous, avec la position affirmée de nos jours par plusieurs psychanalystes éminents, qui s'insurgent

contre le « postulat théorique de Freud qui suppose un narcissisme total primaire ou un auto-érotisme total », et substituent à ce concept celui d'une « relation originelle avec les autres et avec les choses » (M. Boss) (18).

L'agressivité elle-même ne peut-elle pas être tenue en psychopathologie pour un mécanisme compensateur de l'angoisse ? Le Moi, soumis à la frustration affective ou à la dévalorisation, se ressaisit, pourrait-on dire, dans une affirmation orageuse. Dans les études psychologiques de l'enfance, c'est à partir du moment (6^e mois) où l'on peut déceler les premières angoisses de frustration affective que l'on peut également interpréter certaines réactions comme significatives d'agressivité... L'ambivalence normale de l'enfant, faite de dépendance et d'opposition, pourra se perpétuer et s'aggraver dans certaines immaturités affectives par une intrication permanente de frustration et d'agressivité. Parfois, chez les caractériels antisociaux, l'agressivité semble emplir tout le champ de la frustration affective qu'on n'aperçoit plus ; associée à une véritable peur de dévalorisation d'un type particulier, qui rendra encore l'agressivité plus pressante, elle deviendra la règle permanente de conduite du sujet, mais, derrière elle, on pourra découvrir la frustration affective initiale. Plus souvent encore, l'agressivité pathologique apparaîtra comme un indice de destructuration du comportement, comme un effort du Moi, menacé dans son besoin d'expansion, pour se ressaisir et repousser l'Autre ; si, elle s'exprime quelquefois avec éclat, l'inhibition, qui est une des conséquences fréquentes de l'angoisse sur l'organisme, souvent interdit toute extériorisation de cette agressivité, ce qui redouble encore l'oppression du Moi et son angoisse.

*
**

ARRIÈRE-PLANS SPÉCULATIFS

Nous avons dit combien nous voulions garder à cette étude son caractère d'observation clinique, de mise en ordre des matériaux immédiatement fournis par un essai de compréhension des malades mentaux, sans nous hasarder à quelque extrapolation généralisée, à quelque « métapsychologie ». Il nous semble permis cependant de chercher secondairement certaines articulations avec des réflexions venues d'un tout autre horizon intellectuel,

(18) M. Boss : *Archives suisses de Neurol. et Psych.*, 67, 17 (1951).

et dont les recoupements ne peuvent que fortifier, par les concordances possibles, notre mode d'approche.

A cette angoisse qui, en psychopathologie, nous a paru signifier, sous diverses modalités étroitement reliées, menace de destruction du Moi, il est permis de superposer la célèbre formule de Heidegger : « Die Angst offenbart das Nichts » (l'angoisse dévoile le néant). Cette référence à l'ontologie des penseurs contemporains n'est pas vaine mode. Comme l'ont souligné récemment avec vigueur plusieurs maîtres de la psychiatrie allemande contemporaine (19), cette philosophie fournit des points d'appui valables à la recherche psychiatrique plus que toute autre philosophie. Qu'il nous soit permis d'ailleurs d'évoquer, sans étalage de vaine érudition, une citation, qui nous est incidemment tombée sous les yeux et qui raccorde la pensée moderne aux sources les plus classiques de l'antiquité ; elle est d'Aristote ; la voici : « Il y a la crainte du mal destructeur (de l'être) devant laquelle la nature recule avec terreur en raison de son appétit naturel vers l'être et cette crainte est dite naturelle. A côté de celle-ci, il y a la crainte du mal attristant qui n'est pas opposée à la nature, mais à un appétit concupiscible, et cette crainte n'est pas dite naturelle. » (20).

Cet appétit d'être, qui se confond avec le Moi et dont la limitation contraignante serait source d'angoisse, ne peut pas être considéré comme une pulsion particulière : on ne peut pas le séparer de l'existence même du Moi ; des neurologistes illustres, Monakow, Goldstein, ont en d'autres termes reconnu cette même énergie.

Notre essai d'analyse trouve encore un autre appui dans la dimension fondamentale que les penseurs contemporains reconnaissent à l'existence humaine : « l'être-avec » ; c'est cette dimension qui est précisément en jeu, comme nous avons essayé de le montrer, dans les significations les plus importantes de l'angoisse en psychopathologie, qu'il s'agisse de frustration affective ou de dévalorisation ; elle est à la source de tous les approfondissements de l'anthropologie contemporaine en psychiatrie.

Parvenu au terme de cet exposé, nous sentons parfaitement les insuffisances de notre analyse et le schématisme qui pourrait paraître dogmatique, sinon outrecuidant, de notre exposé. Qu'on ne s'y trompe pas, nos affirmations ne sont nullement péremptoires. Leur rigueur apparente cache une longue recherche très

(19) Diskussion zu Vorträgen auf dem Kongress Bayerischer Psychiater der Nervenartzt, 26, 394 (1955).

(20) Cité d'après Urs V. BALTHASAR : *Aristote, Rhet. II, 1, C5*.

hésitante. Elles ne prétendent qu'à jalonner une direction complémentaire pour l'exploration des problèmes de l'angoisse pathologique, qui ne sont pas près d'être épuisés.

RÉSUMÉ

L'angoisse apparaît comme la clef de toute la psychopathologie envisagée dans une perspective hippocratique d'agression-défense, non pas qu'elle doive être considérée comme une agression qui se situe hors de l'homme pour déterminer chez lui des réactions pathologiques, mais bien comme une émotion à la fois vécue par tout l'homme et contre laquelle l'organisme réagit et se défend. La signification intrinsèque, très diversement envisagée par les diverses écoles psychiatriques, paraît pouvoir se ramener toujours à une menace de destruction du Moi, ressentie globalement par le sujet, mais où l'observateur peut décomposer plusieurs dimensions étroitement reliées entre elles :

1° La peur de destruction physique.

2° La peur de dévalorisation ou de destruction de la personne : échec, infériorité, culpabilité font apparaître l'Autre, l'opinion des Autres, avec les variations considérables dans les comportements valorisés suivant les sociétés et les civilisations.

3° La peur de frustration affective, qui est la première à apparaître dans l'enfance, et dont la clinique psychiatrique montre qu'elle est inséparable des autres dimensions de l'angoisse pathologique : tantôt c'est elle qui les induit, tantôt elle est elle-même induite par le sentiment de dévalorisation, car, quelle que soit la dimension la plus en relief dans le tableau clinique, l'angoisse est toujours une.

L'auteur expose quelques remarques sur la notion de conflit qui est inséparable de l'angoisse, ainsi que sur le narcissisme et l'agressivité, qui lui apparaissent comme des compensations très précocement acquises à l'angoisse première de frustration affective.

Enfin, abordant brièvement l'arrière-plan spéculatif qui peut se profiler derrière son enquête psychopathologique, il envisage le concept « d'appétit d'être » qui, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, semble représenter un concept plus compréhensif que la psychologie des intérêts où l'on peut ranger celle fondée sur la libido : cet élan fondamental implique dès le premier jour « l'être-avec » que la psychologie contemporaine a particulièrement souligné et dont l'angoisse de dévalorisation ou de frustration affective confirme l'importance primordiale.

DU FANTASTIQUE

PAR

R. CAMPBELL

Quand on a dit « fantastique », on a tout dit, remarquait déjà Jules Janin, en 1834, à propos d'un opéra qualifié en effet de « fantastique », et intitulé « Le Revenant ». A notre époque, le mot n'a rien repris sur son usure. On dit « c'est formidable », ou « c'est fantastique » à propos du moindre sujet de réflexion. L'adjectif a subi de la part du langage parlé une érosion séculaire, et il est malaisé de retrouver, en remontant au long de son histoire, la charge émotive dont il a pu être originellement doué. La difficulté en apparaît déjà dans la multiplicité de significations qu'il a trouvées, et cela chez des auteurs peu susceptibles d'employer les mots à tort et à travers.

Ainsi, Alfred de Vigny, condamnant, dans « Stello », la « République » de Platon, conclut : « Elle est fantastique, heureusement ! » (c'est-à-dire ici *théorique*, nullement *réelle*). A. de Musset intitule « Fantastique » la revue qu'il dirige, et qui traite des cabinets de lecture, des musées, des bals de l'opéra, du mal du siècle et de la Révolution (« fantastique » signifie ici *libre dans l'orientation des propos* et le choix du sujet). Dans le journal « Le Gastronomes » de la même époque, un rédacteur écrit : « C'est fantastique comme les *Méditations* de Lamartine... » (ici, fantastique est synonyme de *romantique*). Nodier appelle conte « fantastique » un article dirigé contre le comité d'arrondissement de Cahors qui publie un décret interdisant le patois (conte fantastique veut dire ici conte *cocasse*, nous dirions « histoire de fous »). Jules Janin dit qu'il n'y a pas de « fantastique » dans les contes que le hasard avec lequel ils ont été écrits : sans plan, sans choix, sans but (ici « fantastique » égale « *fantaisiste* »).

Si nous cherchons la définition du mot dans le dictionnaire de Littré, nous trouvons : « *qui n'existe qu'en fantaisie, c'est-à-dire*

en imagination ». C'est en ce sens que Pascal écrivait dans ses *Pensées* :

« L'imagination grossit les petits objets jusqu'à en remplir notre âme par une *estimation fantastique*, et, par une insolence téméraire, elle amoindrit les grands jusqu'à sa mesure, comme en parlant de Dieu. » (Le mot ici veut dire hors de propos, exagéré, démesuré). Cette définition lui donne un sens tout à fait général. En fait, il a, et depuis longtemps, un sens assez large en français. Cependant, il est encore un domaine où, malgré sa dévaluation, le mot s'entend dans un sens dénué de toute trivialité, c'est celui du roman.

Si nous nous en tenions à la définition du Littré, tous les romans seraient fantastiques, ainsi que toutes les œuvres d'art, puisqu'elles sont toujours le fruit de l'imagination. Or, quand nous disons d'un roman ou d'un conte qu'il est « fantastique », cela signifie qu'il s'agit d'un récit ayant certains caractères, sinon très précis, du moins spécifiques, caractères qu'il est intéressant de tenter de dégager, ne serait-ce que pour montrer que le mot, malgré son érosion, n'a pas absolument perdu tout relief.

En littérature, l'épithète « fantastique » nous apparaît comme assez systématiquement adjointe au mot « conte ». Et, lorsqu'il nous arrive d'évoquer l'association « conte fantastique », c'est toujours à Hoffmann que nous pensons. Si Hoffmann est effectivement le créateur du genre, il faut en tout cas remarquer que lui-même intitulait ses récits « Contes », et que c'est une critique français, Jean-Jacques Ampère, qui, le premier, leur adjoignit l'épithète « fantastiques ». Le fait qu'une telle initiative ait prévalu ne saurait être un simple caprice de l'histoire. Il est probable en effet que, avec Hoffmann, un événement littéraire s'annonce, qu'un genre s'innove ou au moins se renouvelle. Un peu avant Hoffmann, ce qu'on appelait « conte fantastique » tenait un peu de tous les genres, et bénéficiait d'un succès extraordinaire. Ce genre, tout à fait dégénéré, était aussi dévalué que le mot. Félix Pyat écrivait dans *l'Artiste*, en 1832 :

« Le conte fantastique est si aisé à commettre. On le commet sans préméditation, allez ! Quand on n'a pas d'idées, on fait un conte fantastique, absolument comme on devient homme de lettres quand on n'est plus bon à rien. » En veut-on la recette ? demande un autre chroniqueur, la voici : « Vous vous enfermez dans votre cabinet. le soir. Vous faites danser autour de vous des diables noirs, des femmes en robe rose, des serpents de couleur verte. Vous prêtez à ces diables

noirs, à ces femmes de couleur rose, à ces serpents de couleur verte, un langage quelconque, et vous avez fait un conte fantastique »,

Et Jules Janin :

« Mais quel est le sujet de votre pièce ? A quoi on répond : "*Fantastique !*" Le mot couvre de son autorité mystérieuse les inventions les plus absurdes : « Qui donc agite cette sonnette ? » "*Fantastique !*" Au bruit de la sonnette, Dugald, le vieux serviteur de sir Robert, court dans l'appartement de son maître ; Dugald ne revient plus : "*Fantastique*". Bon ! Car, me dis-je, en voilà déjà trois de morts. Ils ne chantent plus, mais je comptais sans mon hôte, j'oubliais cette grande raison qui peut ressusciter les morts, ce grand mot auquel rien ne résiste : "*Fantastique*". »

C'est dans cette atmosphère hostile que Hoffmann lance ses premiers contes. On est donc fondé à penser qu'il a donné alors au genre une impulsion nouvelle assez sérieuse pour le réhabiliter, au point d'y attacher son propre nom. (Littré lui-même, parlant de conte fantastique, dit que c'est Hoffmann le fondateur).

On va évidemment objecter que les écrivains ne l'avaient tout de même pas attendu pour déballer leur attirail de sorcier, leurs miroirs enchantés, leurs tapis magiques, leurs élixirs du diable, et pour inviter le public-lecteur à pénétrer dans la ménagerie des salamandres-princesses, des ondines habillées en revenants et des sorciers transformés en poissons rouges. Cependant, avec l'auteur du « Spectre fiancé », une certaine révolution s'est opérée, une sorte de mutation, elle-même presque fantastique. Jusqu'à Hoffmann, c'était la forêt qui fournissait les fées et le lac les ondines. Toute la magie était *dans* la nature, *dans* les choses. L'homme arrivait là comme un voyageur étonné à qui ce spectacle, très extérieur, était offert. Avec Hoffmann, tout est modifié, et même *retourné*. Avec lui, le merveilleux cesse et le fantastique commence. Comme le fait remarquer M. Léon Lemonnier (1) : « Le fantastique tient étroitement à l'Homme, dont il utilise les expériences extrêmes, alors que le merveilleux les dépasse et les dédaigne. »

Tandis que le merveilleux était dans la nature, comme une structure, comme une essence, au temps d'Homère, des légendes germaniques, c'est, donc, depuis Hoffmann, *dans* l'Homme lui-même que le fantastique réside. Entièrement extérieur à lui

(1) LÉON LEMONNIER : *Edgar Poe et les Conteurs Français*, pp. 64 et 65.

auparavant, il lui est maintenant tout à fait intérieur. Il est une *fonction* de l'homme comme la mémoire ou le jugement : Hoffmann a renversé les termes, il est le Copernic du fantastique. Ainsi, le fantastique, c'est la fonction de l'homme, qui lui permet de se créer des chimères, des illusions : « τὸ φανταστικόν ». Mais, sous cette forme, la définition ne le distingue pas de la simple imagination. Aussi faut-il préciser que le mot « illusions » ne désigne pas ces jeux où l'homme dore d'une lumière chatoyante l'avenir plus ou moins proche où il se projette, mais plutôt ces états extraordinaires, étranges ou même pathologiques (corrélatifs ou non de troubles sensoriels), et qui plongent la conscience dans des états affectifs aigus, tels que le désarroi, la peur ou l'angoisse :

« Il est un ordre de faits placé sur les limites de l'extraordinaire et de l'impossible, écrit Jean-Jacques Ampère, de ces faits comme presque tout le monde en a à raconter, et qui font dire dans des moments d'épanchement : « Il m'est arrivé quelque chose de bien étrange. » N'y a-t-il pas les songes, les pressentiments que l'événement a vérifiés, les sympathies, les fascinations, certaines impressions indéfinissables ? Hoffmann excelle à faire entrer ces choses dans ses étonnants récits ; il tire un parti prodigieux de la folie, de ce qui lui ressemble, des idées fixes, des manies, des dispositions bizarres de tout genre que développent l'exaltation de l'âme ou certains dérangements de l'organisation. La liaison même du récit, son allure simple et naturelle, a quelque chose d'effrayant qui rappelle le délire tranquille et sérieux des fous. Du sein de ces événements qui ressemblent à ceux de tous les jours sortent, on ne sait comment, le bizarre et le terrible (2). »

Dans son récent livre, « Le conte fantastique français de Nodier à Maupassant », M. Pierre-Georges Castex s'exprime ainsi :

« Le véritable conte fantastique intrigue, charme ou bouleverse en créant le sentiment d'une présence insolite, d'un mystère redoutable, d'un pouvoir surnaturel, qui se manifeste comme un avertissement de l'au-delà, en nous et autour de nous, et qui, en frappant notre imagination, éveille un écho immédiat dans notre cœur. »

En particulier, dans le fantastique, il y a toujours quelque chose d'inexpliqué, « une région immanente de clair-obscur », quelque chose devant quoi le jugement ou la connaissance vient

(2) Cité par P.-G. CASTEX, ouvrage cité, p. 7.

buter : *du mystère*. M. Castex envisage le fantastique comme inhérent à un dépaysement de l'esprit : « Il se caractérise, dit-il, par une intrusion brutale du mystère dans le cadre de la vie réelle ». Car le décor où le conte fantastique se joue n'est pas mythologique ou ensorcelé ; cette nature est celle du physicien, ou du botaniste. Seul le héros du conte y secrète le fantastique qui se répand dans son univers, lequel s'en enveloppe, mais participe aussi peu à sa genèse que la cire du disque où l'on a enregistré la *Symphonie pastorale* participe au génie de Beethoven.

Le fantastique est vécu par un homme, et, en ce sens, il est réel ; il est une production imprévisible d'une conscience, qui souffre peut-être, mais qui reste elle-même, et pour qui aucune évasion n'est possible ; il est une expérience authentique, et c'est pour cette raison même qu'il est toujours émouvant. Il est un événement d'une conscience portée à la limite d'elle-même, et c'est pourquoi il utilise si souvent les expériences étranges de l'hypnose, de la catalepsie, les désordres et les bizarreries inséparables de toutes les affections névropathiques. « Mais, en réalité, les phénomènes constatés n'ont rien à faire avec les miracles et la magie ; ils rentrent dans l'ordre régulier, quoique accidentel, des choses. » (3).

Le fantastique implique donc un certain affolement de la pensée devant des objets ou des visions qui présentent un caractère insolite. Le but du conteur doit être de créer cette impression d'*étrangeté*, et le conte ne mérite son nom que si l'auteur y a réussi. Naturellement se trouve à pied d'œuvre, et dans de bonnes conditions pour s'en acquitter, l'écrivain qui vit lui-même ces impressions étranges et ces contacts avec l'insolite. (C'est ce qui explique que bien des conteurs fantastiques célèbres aient été des névrosés). Parmi ces états, le plus commun est bien entendu « le rêve », qu'il soit le rêve banal, comme c'est le cas pour « *Le Barbier de Göttingue* » ou « *La Griffes du Diable* », ou le rêve somnambulique comme dans « *La Cafetière* » de Théophile Gautier ou « *La Cheminée gothique* » d'Alphonse Brot, ou le rêve de l'ivresse comme dans « *L'Homme seul* » ou « *Le Principe vital* ». C'est, aussi, souvent une hallucination qui est le point de départ d'une vision fantastique : hallucination causée par un stupéfiant [comme dans « *Le Club des Haschichins* » de Gautier ou « *L'Histoire du Calife Hakem* » de Gérard de Nerval], ou purement pathologique, comme celle du dédoublement par exemple, si fréquente chez Maupassant.

(3) Citation d'Alfred MAURY (cf. CASTEX, ouvrage cité, p. 96).

Dans ces états « seconds », les jugements universellement valables de la logique sont supplantés par l'obsession ou le délire. Des contes où de telles aberrations de la conscience sont décrites ou évoquées ne sont fantastiques que tant qu'on n'a pas dévoilé la nature de la névrose du narrateur. Pour être émouvant, le conte doit être vécu, c'est-à-dire que le lecteur doit partager les troubles affectifs du romancier et les éprouver comme tels. Si ces troubles sont présentés à l'avance comme des hallucinations, il n'y a pas conte fantastique ; il y a récit d'une expérience de psychopathologie. Il n'y a récit ou roman que si, à la faveur de la lecture, la conscience du lecteur s'identifie avec celle de l'auteur, c'est-à-dire de l'homme qui porte le fantastique et le véhicule avec lui. La révélation finale ou initiale de la névrose brise le charme, et l'histoire qui veut être fantastique n'atteint qu'à être le récit généralement banal de ce que nous savons être un mensonge. Ces récits sont plus des témoignages psychiatriques que des contes fantastiques. Le narrateur n'est jamais prenant parce que, en dehors de la fiction qu'il ne crée que hors de lui, et par conséquent hors du public, son comportement est plus celui d'un médecin, ou de Dieu, que celui d'un homme qui souffre. Aussi ces contes, lorsqu'ils ne sont pas soutenus par l'art authentique et consommé du littérateur, sont-ils généralement médiocres et fastidieux.

Petrus Borel raconte l'histoire d'une jeune femme priant un matin au pied de la guillotine et qui portait un « *collier noir* » ; il l'emmène chez lui et s'aperçoit, dans la nuit, que la femme a été guillotinée : le collier n'est autre que la trace du couperet. Il y a là nature à un très beau conte fantastique, mais on nous dit pour terminer : « Le héros de cette histoire mourut quelques jours plus tard dans une maison de fous. » Ainsi tout s'explique et toute émotion disparaît.

Tous les contes de ce genre ne sont pas ratés. La nouvelle de Sartre, « *La chambre* » (4), qui nous fait assister aux hallucinations d'un dément précoce, est extrêmement prenante, épouvantable, et beaucoup plus même que bien des contes officiellement fantastiques ; pourtant, nous savons depuis le début que le héros est un malade. Ce qui nous émeut ici, c'est le *rapport* terrible qui le relie à sa femme : celle-ci voudrait épouser sa folie, mais ne peut y parvenir. C'est un conte très réaliste, mais non fantastique, malgré les expériences psychopathologiques qu'on y décrit. Il n'y plane aucun mystère : l'homme est fou.

(4) Dans « le Mur ». *N.R.F.*, 1938.

Dans certains contes, assez peu fréquents, le mystère qui a pu créer l'envoûtement peut même relever d'une explication non plus subjective, mais tout à fait objective. C'est le cas de substitutions de personnes, de quiproquos entre frères jumeaux ; le fantastique ne dure alors que tant que la supercherie n'est pas dévoilée (cf. par exemple « Le Spectre », d'Aloysius Block, ou « L'Elixir de Jeunesse », de Horace Raisson). Ces œuvres sont plus proches du roman policier que du fantastique, ou plutôt ce rapprochement suffit à montrer que le fantastique et le policier sont des genres plus voisins qu'on le croit souvent (l'œuvre d'Edgar Poe suffirait à le prouver). Dans le fantastique comme dans le policier, l'air est hanté par une présence mystérieuse ; c'est l'atmosphère du récit (ou, si l'on veut, l'intention de l'auteur) qui est, dans l'un et dans l'autre, foncièrement différente. Si la présence mystérieuse est d'ordre transcendant dans le fantastique, elle ressortit, par hypothèse, dans le policier, au positivisme le plus quotidien. Le conte fantastique s'adresse à l'affectivité du lecteur ; le roman policier à sa logique la plus pure. Chez lui, l'explication définitive fournie ne saurait laisser place une deuxième fois à l'atmosphère du mystère ; ces contes ne sont valables qu'autant qu'ils représentent un morceau de temps pris au lecteur ; il est impossible de recommencer à les lire. Il faut leur appliquer l'impératif gidien : « Quand tu m'auras lu, jette ce livre. » Le coffret, une fois ouvert, n'est pas susceptible de renfermer son secret ; le livre, une fois lu, gît sur le tapis, incurablement éventré ; le lecteur est comme ces sorciers en rupture de charme qui, revenant du sabbat où ils avaient empli leurs poches de pièces d'or magnifiques, n'y retrouvent plus, le matin venu, qu'un amas exorcisé de feuilles sèches.

Il est à remarquer que, dans les contes fantastiques les plus prenants, les plus réussis et les plus célèbres, les événements sont laissés *sans* explication. La relation de l'homme au monde, qui est insolite, est évoquée plutôt qu'explicitée, mais n'est jamais élucidée. C'est ainsi qu'on voit les écrivains les plus incrédules, les plus sceptiques, ceux qui croient le moins au surnaturel et aux révélations transcendantes, comme Mérimée, laisser flotter autour de leur récit une zone d'étrange, de « non enregistré par les catégories universelles de l'esprit ». Cette zone neutre, ce *no man's land* (ou plutôt ce « *no mind's land* »), où l'esprit ne peut que s'égarer, c'est la terre par excellence du *mythe* ; on y trouve l'obscurité, l'indétermination, et aussi la tension électrique nécessaire à son éclosion, à sa croissance cancéreuse, à sa

diffusion, une atmosphère qui apparaît rapidement comme traversée en tous sens par des ondes porteuses de messages imprévisibles. Les meilleurs contes (comme en général les meilleurs romans) *ne sont pas explicatifs* ; ils s'adressent à la liberté du lecteur et le laissent seul avec elle, angoissé ou sceptique, mais nullement rassuré ou rassénéré par quelque propos rationnel. Tels sont des récits comme « La Vénus d'Ille », que Mérimée appelle lui-même son chef-d'œuvre, et où nous trouvons, tout au long du texte, des possibilités d'explications positives, mais présentées avec tant d'art, presque de malice, que nous ne pouvons nous décider pour aucune, et que, fatalement, la solution qui s'impose à nous avec le plus de « vraisemblance » est d'imputer à la statue de Vénus le crime dont il est question depuis le début.

Il y a 100 ans, l'évocation du surnaturel, l'avertissement venu de l'au-delà apparaissaient comme des conditions nécessaires au bouleversement affectif opéré en nous par la lecture : le fantastique était tributaire de l'évocation d'une *présence transcendante*. On peut dire que le fantastique aujourd'hui s'est laïcisé, lui aussi, en ce sens qu'il peut apparaître, bien que *dégagé* de toute implication de l'au-delà. Du moins, la nature de cette transcendance, de cet au-delà, ne sont-elles plus les mêmes : Dieu et tout le cortège qui pouvait lui être afférent ont fait place à des présences terrestres.

Aujourd'hui, la présence transcendante, c'est Autrui, Autrui qui n'est pas forcément un homme, mais un être, présent et libre, en entendant par là que ses décisions sont imprévisibles, que nous ne savons pas comment il va agir ou se manifester, ni même ce qu'il signifie : un être inaccessible. Nous ne pouvons ici que renvoyer aux célèbres analyses de Sartre sur l'apparition d'Autrui comme « présence inquiétante absorbant le monde », et portant avec soi le mystère de sa transcendance et de sa liberté, qui nous ont rendu ce thème familier. « Huis-Clos », par exemple, est une pièce fantastique en ce qu'elle juxtapose des libertés qui s'échappent toutes l'une à l'autre, qui restent toujours au-delà de leurs manifestations. (L'apparition d'Autrui répond exactement à ce que M. P.-G. Castex appelle l'intrusion brutale du mystère dans le cadre de la vie réelle). « Autrui, c'est la fuite permanente des choses..., c'est quelque chose qui vient d'apparaître et qui m'a volé le monde, c'est un glissement de tout l'univers, une décentralisation du monde qui mine par en-dessous la centralisation que j'opère en même temps. » (5). Il est bien évident

(5) *L'Etre et le Néant*, p. 313.

qu'il ne s'agit pas d'un Autrui déjà connu, et que je vois tous les jours ; il s'agit de l'Autrui inconnu : l'homme qui pénètre dans le compartiment où je voyageais tout seul, ou qui s'installe devant moi à la table d'un café. Et quoi de plus lointain, de plus *au-delà* de mes frontières, de plus étranger (ou étrange), que la vie, la pensée, la conscience d'un homme qui est à côté de moi, qui vient de s'asseoir, qui porte avec lui le mystère de son passé, de ses projets, de ses organes, et de ses névroses : c'est un morceau de lointain qui s'est approché de moi, et que je ne pourrai jamais toucher, ni même élucider. On pense à cette réflexion de Dostoïevski, dans une de ses lettres inédites :

« Nous ne connaissons que le *présent* et le passager, et encore, seulement d'un coup d'œil. Alors que les débuts et les aboutissements, tout cela n'est encore pour l'homme que *le fantastique*. »

C'est d'ailleurs également chez Dostoïevski que M. Gracq, dans son excellent livre sur Breton (6), trouve exprimée avec une netteté particulière cette impression du mystère véhiculé par Autrui :

« Par rapport à cette psychologie purement mécanique, Dostoïevski incontestablement se situerait comme l'autre pôle ; à peine ouvre-t-on un livre comme « Les Possédés » (le titre français est plus significatif que le titre russe) que nous nous trouvons jetés au sein d'un monde irradié, traversé, par l'entremise d'un moi exceptionnellement bon conducteur, d'influx et de lignes de force. La figure centrale de Stavroguine s'y montre douée non d'une structure mentale particulièrement différenciée, mais du caractère à la fois impénétrable et fascinant des manifestations électriques ; pour la première fois sans doute avec cette netteté (on songe surtout au chapitre capital, point culminant de l'œuvre : « Le tsarévitch Ivan ») nous est présenté un être dont la réalité, pourtant plus grande que nature, se réduit expressément à son seul sillage, aux phénomènes de turbulence, de décomposition et de recomposition accélérée qu'il engendre sur son parcours » (p. 54).

Cet « Autrui », qui nous incommode par sa présence, c'est encore lui qu'on rencontre chez Kafka. Le « Procès » est un roman hanté d'un bout à l'autre par des gens qu'on ne connaît pas, qui passent, qui fouettent, qui tuent. Nul mieux que Kafka ne suggère que l'inconnu est toujours un signe, mais un signe :

(6) Julien GRACQ : *André Breton* (José Corti éditeur).

qu'on ne comprend pas : un *chiffre*. Le signe, le symbole inexpliqués irradiant du mystère. (Ainsi en est-il dans « La Dame de Pique » de Pouchkine, dans « Le Scarabée d'Or » d'Edgar Poe).

Sans aller chercher le grimoire, le manuscrit indéchiffré, nous trouvons déjà dans de simples mots, isolés ou non, des charges étonnantes, mystérieuses, explosives. Il y a des romans, policiers ou non, où le fait de prononcer un mot suffit à déclencher la mort. Et Mosca, dans « La Chartreuse de Parme », ne s'écrie-t-il pas quand il voit Fabrice s'éloigner avec la Sanseverina : « Si le mot *amour* vient à surgir entre eux, je suis *perdu*. » Aussi les conteurs usent-ils du mot souligné.

« Son usage chez Breton, nous dit Julien Gracq, marque l'achèvement d'une révolution véritable ; non seulement le mot souligné s'incorpore désormais étroitement à la phrase qu'il irradie souvent d'un bout à l'autre, lui confère seul son sens supérieur et son achèvement, mais encore il y représente le passage d'un influx galvanique, d'une secousse nerveuse qui la vivifie et la transfigure, il y porte tous les caractères d'une véritable sublimation. Ce n'est plus d'un ostracisme mal déguisé mais d'une sorte de coefficient algébrique fait pour multiplier magiquement sa puissance, le faire littéralement exploser, que le mot se trouve d'un trait de plume mystérieusement affecté.

Un maniement si insolite et si révélateur du langage nous mène à prendre conscience « d'un double sens » des mots qui n'est pas celui auquel on songe d'ordinaire. On pourrait dire, en tirant parti pour une analogie audacieuse des réalisations de la physique, que le mot qui ne nous semblait habilité qu'à entrer inexorablement en composition à l'état d'atome inerte, dans des ensembles que réglait toujours plus ou moins lâchement le lien logique — fixant tout à coup sur lui seul une attention quasi-hypnotique — libère brusquement pour nous en gerbe, pulvérisant toutes ses attaches, l'énergie nucléaire qu'il recélait à notre insu (7). »

Cependant, quelle que puisse être, en effet, « l'énergie nucléaire » intrinsèque du mot, celui-ci ne l'acquiert qu'en tant qu'on l'assimile à une présence, qu'on le « personnifie ». L'intrusion du mystère reste essentiellement le privilège de l'être animé. Certains animaux ont été dotés d'un important coefficient de fantastique ; ainsi, dans nos régions, le hibou ; en Russie, l'ours, qui réussit d'ailleurs à doubler son caractère mystérieux d'un certain attrait presque familier, un peu comme chez nous

le chien. Mais, tandis que le chien n'est jamais pour nous fantastique, parce que, justement, il est trop sûr, trop obéissant, trop dénué de liberté, l'ours reste, pour les Nordiques, l'objet d'une crainte au point que, par exemple, on ne le désigne jamais, en Russie, que par l'euphémisme : « mangeur de miel ».

Mérimée a savamment exploité ce caractère étrange de l'ours dans un de ses contes les plus fameux, qui reste un des chefs-d'œuvre du conte fantastique de tous les temps : *Lokis*. Il le résume lui-même ainsi :

« La scène se passe en Lithuanie. Une grande dame du pays, étant à la chasse, a eu le malheur d'être prise par un ours dépourvu de sensibilité ; de quoi elle est restée folle, ce qui ne l'a pas empêchée de donner le jour à un garçon bien constitué, qui grandit et qui devient charmant ; seulement il a des humeurs noires et des bizarreries inexplicables. On le marie, et la première nuit de ses noces, il mange sa femme toute crue. Vous qui connaissez les ficelles, puisque je vous les dévoile, c'est que ce monsieur est le fils illégitime de cet ours mal élevé. »

Ici, d'ailleurs, Mérimée plaisante. L'explication qu'il donne (si explication il y a) n'est pas alléguée dans le conte, où tous les événements sont racontés minutieusement, et avec une lucidité digne des conteurs les moins fantastiques. On nous révèle une série d'événements qui laissent ouverte la possibilité que la grande dame du pays a pu être violée par l'ours le jour de la partie de chasse ; mais, comme personne n'a vu la scène, on n'en aura jamais la preuve, et le fantastique gît dans cette épouvantable incertitude. Il n'est pas défendu au lecteur de se décider plutôt pour d'autres interprétations, par exemple pour celle qui consisterait à imputer l'étrange caractère de l'enfant à la perturbation subie par sa mère au début de sa grossesse (une dame peut avoir peur d'un ours avant qu'il ne lui ait rendu les derniers outrages). Que Mérimée ait voulu laisser la porte ouverte à la solution du coït avec l'ours, ce n'est pas douteux ; son art consiste précisément à s'être interdit de la présenter comme certaine.

Le caractère inquiétant des animaux vient en partie de ces fonctions qu'ils ont en commun avec nous ; ils remuent, ils mangent, ils dorment, ils s'accouplent ; ils ont, si l'on peut dire, une âme, c'est-à-dire une faculté de sentir, de souffrir, de désirer, de jouir, en un mot d'aimer, et nous ne savons pas bien où s'ar-

rête la ressemblance. Les croyances anciennes à la métempsychose ont laissé en nous de vagues craintes quant à la possibilité d'une pénétration de l'âme de l'homme dans l'animal. Et la peur ressentie par l'homme de voir son corps se modifier jusqu'à l'inhumain hante les imaginations des conteurs. Kafka suppose que l'un de ses héros, Grégor Samsa, a gardé sa sensibilité et son jugement d'homme après que son corps se fût métamorphosé en celui d'une punaise (8) ; et ce conte, encore que non fantastique à proprement parler (puisqu'il commence alors que la métamorphose est *déjà* terminée), montre admirablement de quel mystère quotidien et angoissant sont affectés les rapports que l'homme entretient avec son propre corps. La liaison de l'âme et du corps n'est pas clairement connue, et si l'on enregistre les effets sur l'âme de certains agents physiques et chimiques, et, inversement, les conséquences physiologiques des troubles de la personnalité, la véritable nature de cette liaison nous échappe totalement, et demeure *au-delà* de toute expérimentation. C'est pourquoi elle est utilisée par les artistes à des fins romanesques et de bien des façons. (C'est pourquoi aussi tant d'histoires fantastiques sont œuvres de psychopathes ou récits se passant chez les névrosés).

Le psychopathe est un homme qui nous instruit sur les rapports de son âme et de son corps, lesquels justement chez lui sont perturbés. Il éveille ainsi une curiosité anxieuse en dévoilant des expériences insoupçonnées où sombre la logique habituelle, et qui sont l'essence même du fantastique. En dehors des récits d'hallucinations visuelles ou cénesthésiques, si fréquents en littérature chez Poe, chez Nerval, chez Dostoïevski, le thème du dédoublement est la source d'une quantité importante de contes. Une nouvelle de Dostoïevski s'appelle justement « Le Double », et l'on sait le profit qu'a tiré de ce leitmotiv l'auteur de « Dr Jekyll and Mr Hyde ».

La liaison de l'âme et du corps peut aussi se symboliser, se concrétiser dans un *organe* généralement très signifiant, *la main* par exemple (comme c'est le cas dans « La Main enchantée » de Nerval et dans « La Main d'écorché » de Maupassant), ou *l'œil* qui s'est prêté tant de fois au thème du remords (Hugo, Zola, Rivière) ou du maléfice, du *mauvais œil* (comme dans « La Jettatura » de Gautier), et aussi du *portrait*, ce regard fixe et toujours éveillé (comme dans Poe, dans Gautier, dans Mérimée).

(8) *La Métamorphose*.

« Lorsque j'étais petit, nous dit Gautier (9), je n'entraîs guère dans une chambre tapissée sans éprouver une espèce de frisson, et j'osais à peine m'y remuer. Toutes ces figures debout contre la muraille, et auxquelles l'ondulation de l'étoffe et le jeu de la lumière prêtent une espèce de vie fantastique, me semblaient autant d'espions occupés à surveiller mes actions pour en rendre compte en temps et lieu... »

A rapprocher de ce passage de Mérimée (10) :

« La chambre à coucher contenait de grands lits de tapisserie et de damas... Voulez-vous cette chambre, nous dit-on. Nous refusâmes. Nous n'aimions pas à voir autour de nous, dans le silence de la solitude, aux faibles clartés d'une lampe ou d'une bougie, ces figures qui semblent vouloir se détacher de la muraille et vous demander l'âme que le peintre a oublié de leur donner. »

Enfin, la présence insolite génératrice de fantastique peut même ne pas être concrétisée du tout, et se réduire à la cause invisible d'une manifestation perceptible.

Dans « Le Horla », de Maupassant, qui est le type même de ces contes, un être invisible et indéfinissable manifeste sa présence dans la chambre du héros en buvant chaque nuit une carafe d'eau sans jamais se faire prendre, comme s'il jouait infailliblement sur le sommeil de l'homme. De même, dans « La Nausée », de Sartre, un malaise étrange, une sorte d'écœurement douceâtre, saisit le héros au moment où il s'y attend le moins. C'est un désordre nerveux qu'il porte en lui-même et qui tantôt le laisse tranquille, tantôt paralyse chez lui toute activité. Dans les deux cas, ces étranges présences sont transcendantes, en ce qu'elles ne peuvent être saisies par l'esprit, qu'elles échappent à toute investigation et par là se révèlent comme loin de l'homme, encore même qu'il les porte en lui.

Avec « Le Horla » et « La Nausée », nous sommes très près de ce qu'on peut appeler la présence pure, la présence du rien, la présence-toute-seule, présence de l'indéterminé et de l'ineffable, de ce devant quoi on se trouve quand on dit qu'on a *l'angoisse*. Maupassant a plusieurs fois décrit ce sentiment qu'il nomme *la peur*, dans la nouvelle du même nom et dans une lettre à sa mère :

(9) M. Castex nous dit : « Gautier se figurait l'homme environné d'un réseau de forces inconnues, de courants d'influences, bonnes ou mauvaises, qu'il fallait utiliser ou éviter ; il pensait aussi que des êtres s'échappaient un rayonnement qui heurtait ou caressait le rayonnement d'autres êtres et qui était cause d'antipathie ou de sympathie » (p. 216).

(10) Cité par CASTEX : *ibid.*, p. 252.

« Au milieu de la débâcle de tout, mon cerveau fonctionne, lucide, exact, m'éblouissant avec le Rien Éternel..... Je n'ai pas peur des revenants. Je ne crois pas au surnaturel. Je n'ai pas peur des morts ; je crois à l'anéantissement définitif de chaque être qui disparaît. Alors... Oui, alors. Eh bien ! j'ai peur de moi. J'ai peur de la peur ; peur des spasmes de mon esprit qui s'effole, peur de cette horrible sensation de la terreur incompréhensible... Je parle. J'ai peur de ma voix. Je marche. J'ai peur de l'inconnu de derrière la porte, de derrière le rideau, de dans l'armoire, de sous le lit. Et pourtant je sais bien qu'il n'y a rien nulle part. »

La présence pure et indéterminée nous est révélée par l'obscurité. Il fait nuit ; nous ne voyons rien et nous savons *qu'il y a* des choses ; le fait de dire « *il y a* » sans précision, *il y a* de l'être, est générateur de l'effroi, du fantastique, au sens où l'on peut, en effet, *se créer des illusions*. C'est peut-être l'essence même du fantastique que cet émoi, simple et fondamental, devant l'être. Témoin ce texte admirable :

« Lorsque les formes des choses sont dissoutes dans la nuit, l'obscurité de la nuit, qui n'est pas un objet, ni la qualité d'un objet, envahit comme une présence. Dans la nuit où nous sommes rivés à elle, nous n'avons affaire à rien. Mais ce *rien* n'est pas celui d'un pur néant. Il n'y a plus ceci, ni cela ; il n'y a pas « quelque chose ». Mais cette universelle absence est, à son tour, une présence, une présence absolument inévitable. Elle n'est pas le pendant dialectique de l'absence et ce n'est pas par une pensée que nous la saisissons. Elle est immédiatement *là*. Il n'y a pas de discours. Rien ne nous répond, mais ce silence, la voix de ce silence est entendue, et effraie comme « le silence de ces espaces infinis » dont parle Pascal. « *Il y a* » en général, sans qu'importe ce qu'il y a, sans qu'on puisse accoler un substantif à ce terme. « *Il y a* », forme impersonnelle, comme « il pleut », ou « il fait chaud ». Anonymat essentiel..

« ...Les choses du monde diurne ne deviennent donc pas dans la nuit la source de « l'horreur des ténèbres » parce que le regard n'arriverait pas à guetter leurs « imprévisibles desseins » ; c'est tout au contraire à cette horreur qu'elles empruntent leur caractère fantastique. L'obscurité ne modifie pas seulement leurs contours pour la vision mais les ramène à l'Être indéterminé, anonyme, qu'elles suintent (11). »

Maupassant discernait d'ailleurs parfaitement que l'ignorance jouait un rôle prépondérant dans l'existence du fantastique ; si

(11) Emmanuel LÉVINAS : *De l'Existence à l'Existant* (Editions Fontaine).

l'on savait, en effet, ce qui nous fait souffrir, si l'on connaissait la genèse psychophysiologique de l'anxiété, peut-être n'existerait-elle plus ; et peut-être sera-t-elle guérie le jour où l'on saura la réduire à un trouble localisable dans quelque ganglion, s'évanouira-t-elle devant la conscience qu'on prendra de sa cause. Et c'est ce que Maupassant encore, hyperlucide dans sa maladie, allègue avec pénétration :

« Est-ce étrange qu'un simple malaise, un trouble de la circulation peut-être, l'irritation d'un filet nerveux, un peu de congestion, une toute petite perturbation dans le fonctionnement si imparfait et si délicat de notre machine vivante, puissent faire un mélancolique du plus joyeux des hommes et un poltron du plus brave (12) ? »

Au XIX^e siècle, le positivisme et le développement des progrès de la science ont ébranlé le prestige du fantastique, dont le domaine d'élection, selon l'expression de M. Castex, reste essentiellement la « frange d'indétermination ». Renan, Claude Vignon ont lancé un appel à la raison, et peut-être s'est-il alors trouvé des gens pour penser que la science finirait, en effet, par réduire cette frange jusqu'à l'anéantir complètement.

« Le monde véritable que la science nous révèle est de beaucoup supérieur au monde fantastique créé par l'imagination. » (Renan) (13).

« Les secrets de la Nature se posent si rudement comme des bornes à tous les points de notre horizon, que c'est un besoin pour l'esprit de franchir ces colonnes d'Hercule et d'effacer l'inscription de l'ignorance : Rien au-delà. » (Claude Vignon) (14).

On peut assez volontiers admettre que les gens qui ont cultivé le fantastique n'étaient pas des esprits très épris de raison. Il est le terrain d'élection de ce que certains scientifiques appellent en France des *esprits fumeux*. Heine, qui connaissait bien la France, écrivait dans son « Essai sur l'Ecole romantique » :

« Français, vous devriez vous rendre compte que *l'horrible* n'est pas votre domaine et que la France n'est pas un sol favorable aux fantômes. Quand vous en évoquez, nous ne pouvons nous empêcher de rire... »

Et plus loin : « Comment voulez-vous que des fantômes se pren-

(12) Cité par CASTEX, p. 117.

(13) Cf. *Ibid.*, p. 93.

(14) *Ibid.*, p. 107.

nent au sérieux à Paris ; ils y fonderaient eux-mêmes un club des trépassés, publieraient une gazette des morts ou une revue d'outre-tombe. »

En fait, vers quels contes fantastiques nous tournons-nous le plus volontiers ? Vers ceux justement où la logique ne perd pas ses droits, vers ceux de Poe, ou vers ceux de Mérimée qui est un grand artiste. Quand Mérimée nous fait accepter l'irrationnel, c'est presque en nous y contraignant par la raison, et en nous faisant traverser une série d'hypothèses logiques très rationnellement élaborées.

Si nous aimons le fantastique, c'est surtout pour le tuer. A son égard aussi, nous sommes des vampires, nous ne nous délectons de ses prestiges que parce que nous les savons caducs et bientôt défunts. C'est ce qui éveille nos attentions et ce qu'une fois éveillées elles s'emploient à détruire. Comme la liberté, l'imagination est une fonction du néant, un gage de la finitude de l'homme et de sa condition hésitante. Pourtant, si le fantastique devenait impossible, la relation de l'homme au monde serait *autre* qu'elle ne l'est, et nous ne la pouvons même pas concevoir. Ce serait comme si soudain on nous privait d'une importante fonction psychique. La crainte de cette disparition avait traversé Nodier qui pensait déjà au crépuscule du fantastique comme à une mort de l'homme :

« Dans un pays où le principe positif entreprendrait de s'asseoir exclusivement *au-dessus* de toutes les opinions, et même *au-dessus* de toutes les erreurs (s'il est une opinion au monde qui ne soit pas une erreur), il n'y aurait plus qu'un parti à prendre, celui de se dépouiller du nom d'homme et de gagner les forêts avec un éclat de rire universel, car une semblable société ne mériterait pas un autre adieu. »

ESSAI DE REDUCTION DES TACHYCARDIES PROLONGEES DE LA CHLORPROMAZINE

PAR

R.-M. PERROT, Y. LE BORGNE, G. MOREAU-GAUDRY (*)

Les tachycardies au cours de traitements de longue durée par la chlorpromazine sont connues. De nombreux auteurs en parlent. On peut citer en particulier les publications de Moyer, Kent, Knight, Morris, Huggins, Handley (6), Donnadiou (3), Mollet, Dubrulle, Harmignies (5), Durand et Houillon (4). Mais, dans l'ensemble, ils paraissent ne leur attacher qu'une importance relative et une fréquence minime : un sujet sur cinq (Donnadiou), quelques cas de tachycardie sinusale isolée, de caractère bénin, dans un groupe de 27 malades (Mollet), accès de tachycardies chez des hyperthyroïdiens (Durand). D'autres auteurs les ayant constatées assurent qu'elles rétrocedent rapidement.

Depuis 1954 que nous traitons au largactil nos malades chroniques, nous avons été frappés, dans nos conditions d'exercice, par la quasi-constance d'une tachycardie durable assez élevée. Voici quelques chiffres, après dépouillement d'une centaine d'observations. Parmi ces 100 malades, 84 présentent une tachycardie prolongée ; chez 58 d'entre eux, l'augmentation du rythme a été constatée pendant toute la durée de la cure ; 10 voient leur rythme s'accélérer précocement ; 16 accentuent leur tachycardie après plusieurs mois de traitement. Pour tous la fréquence oscille entre 95 et 110 avec des pointes extrêmes à 120-130. Parmi les 16 autres, classés comme non tachycardiques, 4 seulement demeurent constamment au-dessous de 90 pulsations par minute (nous faisons suivre les pouls deux fois par jour, une expé-

(*) Hôpital psychiatrique de Cadillac (Gironde).

rience d'une prise journalière unique s'étant révélée insuffisamment précise et des prises multiples peu instructives).

Notre technique d'administration du neuroplégique est classique : environ 400 milligrammes de chlorpromazine par jour. Nous sommes partisans de cures prolongées. Un nombre élevé de nos malades a reçu ces doses pendant plus d'un an. Nous diminuons la posologie en fonction de l'amélioration psychique, à la recherche d'un seuil situé autour de 100 à 150 milligrammes.

Le malade a fréquemment conscience de cette augmentation des pulsations qu'il traduit par une certaine angoisse, rarement par des palpitations.

L'auscultation du cœur ne nous a jamais révélé de modification des bruits, ni l'existence de souffles ou de bruits surajoutés ; l'examen général ne montrait ni dyspnée, ni signes de décompensation cardiaque périphérique. D'ailleurs, un électro-cardiogramme pratiqué chez un grand nombre de nos malades ne nous a rien appris en dehors de la présence d'une tachycardie régulière, sinusale, normotope. Nous n'avons observé que deux cas de tachy-arythmie extrasystolique apparue durant la cure, avec hypo-kaliémie surajoutée, mais nous nous réservons de les rapporter ultérieurement.

Cette tachycardie au long cours ne nous a pas paru être en rapport avec l'orthostatisme, ni en liaison directe avec l'effort : en effet, beaucoup de nos malades ont un pouls rapide dès le réveil, avant le lever, la tachycardie ayant une tendance à régresser au cours de la journée. Cela nous étonnait d'autant plus que le sommeil, s'il réalise bien une hypotension que l'on retrouve dans les cures à la chlorpromazine, amène physiologiquement une bradycardie.

En dehors des tachycardies au long cours, qui nous occupent seules ici, nous avons parfois rencontré *des accès de grande tachycardie épisodique*, où le rythme avoisinait 140, voire 150, pendant deux ou trois jours, sans état infectieux concomitant, sans grande modification tensionnelle, mais avec respiration polypnéique. Nous indiquerons seulement que nous les avons observés à différentes phases du traitement (trois fois en fin du premier mois, deux fois au cours du deuxième, deux fois au cours du sixième mois), et qu'ils ont assez facilement cédé à la réduction de la dose du médicament (décidée par prudence) et surtout à l'administration intraveineuse d'étaphylline (3 à 4 ampoules par jour). Cette thérapeutique nous fut dictée par son caractère antidotique préconisé par les auteurs et pour son effet

eupnéique, cardiotonique, vaso-dilatateur coronarien. Nous n'avons que rarement eu recours à la morphine intraveineuse, étant donné son effet dépresseur sur la fibre myocardique. Nous y avons toujours associé la procainamide *per os* (2 gr.), ainsi que parfois quelques analeptiques cardio-vasculaires.

Indiquons également que les malformations thoraciques semblent prédisposer à ces tachycardies sévères.

Les *tachycardies prolongées*, objet de cette étude, n'ont, elles, rien de dramatique. Elles sont néanmoins, à notre avis, préoccupantes du fait de leur non-régression spontanée. En effet, n'y a-t-il pas lieu de craindre une insuffisance cardiaque à plus ou moins longue échéance chez de tels sujets, dont la récupération diastolique est de façon permanente amoindrie ? Un tel cœur peut-il supporter l'orthostatisme ? Est-il compatible avec une ergothérapie impliquant des dépenses énergétiques appréciables ? Il serait cependant inadmissible de renoncer à l'ergothérapie, alors précisément que la chlorpromazine a permis un meilleur contact avec notre malade et une reprise de l'activité pragmatique. Que se passera-t-il après la sortie, alors que nous avons l'habitude de prescrire une sorte de cure d'entretien ? Certains n'ont-ils pas dit que le largactil était peut-être le gardénal du schizophrène ?

Ces considérations nous ont amenés à tenter la réduction de ces tachycardies.

Le repos s'avérant psychologiquement contre-indiqué et par ailleurs inefficace, — nous l'avons contrôlé —, et peut-être même dangereux, étant donné les complications d'ordre thrombotique maintes fois signalées, c'est aux *médicaments* qu'il fallait avoir recours.

Notons que la simple réduction des doses de chlorpromazine (contestable du point de vue psychiatrique) s'est révélée inefficace.

Nous avons donc fait appel aux thérapeutiques palliatives suivantes, ralentissant théoriquement le rythme cardiaque et se justifiant par leur action chronotrope, dromotrope, négative ou sympathicolytique :

Amide procainique (pronestyl) : Nous l'avons utilisée à la dose de 4 à 6 comprimés de 25 cgr. Elle nous donne un résultat temporaire sur trois, mais surtout au début de la cure ; elle paraît être un simple adjuvant utile à ce moment. Nous nous expliquons sa faible action du fait de son indication dans les tachy-

cardies ventriculaires et non dans les éréthismes sinusaux, et qu'il semble, d'autre part, y avoir accoutumance.

Théophylline aminée associée au phénobarbital (inophylline sédatrice) : Elle ne nous a pas donné de résultats appréciables, mais ce produit présente une certaine action dans l'instabilité du pouls.

L'association à la spartéine nous donne quelques rémissions satisfaisantes, à la dose de 6 comprimés par jour, et paraît mieux indiquée que l'inophylline au phénobarbital.

Etaphylline : Comme tous les dérivés de l'aminophylline, nous l'avons utilisée en vertu du caractère antidotique de ces drogues. Si elle agit rapidement et de façon spectaculaire dans les grands accès de tachycardie, son action paraît beaucoup plus aléatoire comme traitement de fond et elle est d'administration moins facile.

Spartéine seule : Son emploi nous a paru indiqué eu égard au fait qu'elle renforce l'amplitude des contractions cardiaques, ralentit le rythme en diminuant la conductibilité et l'excitabilité. Nous l'avons administrée à la dose de 10 à 15 egr. par jour, en injections intramusculaires. Elle nous a donné des résultats permettant la poursuite du traitement, notamment dans les cas où le rythme était particulièrement rapide.

Dihydroergotamine (D.H.E. 45) : Son action vagotonique centrale et chronotrope négative nous l'a fait employer à la dose de 1 mgr. en injections sous-cutanées, puis à la dose de 60 gouttes par jour *per os*. Nous avons eu notamment un cas de tachycardie élevée, qui, rebelle à toute thérapeutique au point de faire suspendre la cure, a rétrocédé par ce médicament.

Dihydro-quinidine : Elle possède, on le sait, une action essentiellement sédatrice sur le cœur, est aussi chronotrope et dromotrope négative. Cependant, à la dose de 6 à 8 comprimés à 15 egr., elle ne nous a pas paru donner de meilleurs résultats que le pronestyl.

Digitaline : Bien qu'il n'existe pas de signe patent d'insuffisance cardiaque dans l'immédiat, nous l'avons employée parfois puisqu'elle diminue l'excitabilité et la conductibilité. Elle ne nous a pas donné de résultats dignes d'intérêt.

« *Rauwolfia serpentina* » : Les travaux de Neumayer et de R. W. Wilkins, portant sur l'action hypotensive de *Rauwolfia serpentina*, ont montré les modifications sympathicolitiques

d'ordre périphérique et central exercées par ce produit. D'ailleurs, Delay, Deniker, Tardieu, Mlle Lempérière, dans un parallèle classique entre la chlorpromazine et la réserpine, opposent la tachycardie du largactil avec son cortège symptomatique (palpitations) à l'effet bradycardisant de la réserpine.

La réduction des tachycardies du largactil par ces alcaloïdes nous a donc parue légitime, étant donné que leur action neuroleptique peut venir s'ajouter à celle du 4560 R.P.

Nous nous sommes adressés à la réserpine et aux mélanges des divers alcaloïdes (sarpagan).

Résérpine pure : Elle a été utilisée à dose moyenne (1 à 2 comprimés de 1 mgr.) ; son effet ne se manifeste qu'à partir de la deuxième quinzaine, ce qui peut s'expliquer par la lente accumulation du produit :

58 % de très bons résultats ;

25 % de résultats moyens ;

17 % d'échecs.

Alcaloïdes mélangés (sarpagan) : Employés à la dose de 1 à 2 comprimés à 2 mgr. nous ont donné :

44 % de très bons résultats ;

29 % de résultats moyens ;

27 % d'échecs.

En arrêtant au bout d'un certain temps la prise de serpasil ou de sarpagan, nous avons obtenu chez beaucoup de nos malades une régularisation spectaculaire du rythme, qui se maintient depuis plusieurs mois.

Tous ces essais sont, on le voit, loin d'être concluants, l'association des alcaloïdes du *Rauwolfia*, et notamment de la réserpine, paraissant toutefois la plus efficace. Ils ont été tentés dans diverses voies, inspirés parfois de la théorie, souvent guidés par l'empirisme de la clinique telle que la peut concevoir un praticien non cardiologue, bien que nous ayons, pour certains cas, bénéficié du concours précieux de notre spécialiste, le Dr Capsec-Laporterie.

Il est certain que bien des psychiatres ont été amenés comme nous à faire des essais analogues ; la littérature nous ayant paru muette sur les difficultés ou les succès qu'ils ont rencontrés, nous avons pensé qu'il était permis de faire part de notre expérience et rompre, sinon un certain silence, du moins une discrétion exagérée sur les tachycardies prolongées de la chlorpro-

mazine, arme précieuse — habituellement supérieure à la réserpine — mais qui ne doit pas — en cas de cure d'une durée indéterminée — risquer d'entraîner, à la longue, le schizophrène vers l'hyposystolie.

BIBLIOGRAPHIE

1. BERGOUIGNAN (M.), D'AULNAY (J.), MALINEAU (R.). — Retouches à notre expérience du largactil en psychiatrie. *Journal Médecine Bordeaux*, mars 1955, p. 254.
 2. DELAY (J.), DENIKER (P.), TARDIEU (Y.), Mlle LEMPÉRIÈRE. — Premiers essais de la réserpine. Comparaisons avec les effets de la chlorpromazine. *Presse médicale*, 1955, 63, n° 32, p. 663-665.
 3. DONNADIEU (A.), FLORENTIN (M.), Mme FLORENTIN. — Les incidents au cours du traitement des troubles mentaux par le largactil. *Annales médico-psychologiques*, t. II, n° 2, juillet 1955, p. 205.
 4. DURAND (V.-J.) et HOULLON (G.). — De quelques travaux étrangers sur la chlorpromazine. *Annales médico-psychologiques*, séance du 23 mai 1955.
 5. MOLLET (F.), DUBRULLE (P.), HARMIGNIES (M.). — Etude cardio-vasculaire chez des malades soumis à un traitement prolongé par le largactil. *Société de Médecine du Nord*, séance du 24 sept. 1954.
 6. MOYER (J. H.), KENT (B.), KNIGHT (R.), MORRIS (G.), HUGGINS (R.), HANDLEY (C. A.). — Laboratory and clinical observations on Chlorpromazine Hemodynamic and toxicological studies. *American Journal Medical Sciences*, 1954, V, 227, n° 3.
 7. NEUMAYER. — *Wiener Zeit für Innere Medizin*, 1953, 24, n° 4, 155.
 8. WILKINS (R. W.) et JUDSON (W.). — *New England Journ. Med.*, 248-48, 1953.
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance clinique du 9 avril 1956

Présidence : M. J. BONHOMME, président

COMMUNICATIONS

Maladie d'Alzheimer, diagnostiquée cliniquement maladie de Pick, par MM. L. MARCHAND, P. LOO, Mlle G. ELOY et M. J. P. DUFLOT.

D'après l'ensemble des travaux concernant la symptomatologie de la maladie d'Alzheimer et de la maladie de Pick, il ressort que le diagnostic clinique entre ces deux affections est souvent très délicat. Tous les auteurs sont d'accord sur la prédominance du fond démentiel, mais les signes différentiels qu'ils décrivent comme caractérisant leur stade initial, qui est le plus important, sont loin d'avoir une valeur indiscutable.

Nous pouvons citer comme exemples les divergences suivantes d'opinions recueillies dans le colloque sur les démences atrophiques au premier congrès mondial de psychiatrie de Paris (1950), dans le travail important de T. et H. Sjögren (1952), dans les comptes rendus du premier congrès international de neuropathologie de Rome (vol. 2, 1952).

Le défaut de spontanéité considéré par les uns comme faisant partie de la symptomatologie de la maladie de Pick est, pour d'autres, un symptôme différentiel en faveur de la maladie d'Alzheimer.

Le déficit amnésique et les troubles de la désorientation temporo-spatiale ne s'observent pas dans la maladie de Pick pour certains cliniciens, alors que d'autres admettent qu'ils peuvent participer aussi bien au syndrome de la maladie de Pick que de celui de la maladie

d'Alzheimer. La symptomatologie aphaso-apraxy-agnosique donne lieu aux mêmes contradictions.

Les troubles de la compréhension, l'écholalie, la palilalie, les itérations verbales, sont indiqués comme symptômes communs. Souvent, à propos de chaque symptôme, nous relevons cette phrase : « Le symptôme s'observe le plus souvent dans la maladie de Pick que dans la maladie d'Alzheimer » ou réciproquement, ce qui indique le peu de valeur du symptôme envisagé pour le diagnostic différentiel.

A noter que certains auteurs vont jusqu'à prétendre que les deux maladies peuvent se rencontrer chez le même malade. L'âge d'apparition des deux affections, la rapidité du processus, le rôle de l'hérédité ne peuvent servir au diagnostic en faveur de l'une ou de l'autre affection.

La maladie de Pick est souvent diagnostiquée cliniquement ; on se contente de constater à l'autopsie l'atrophie cérébrale, mais le contrôle anatomo-pathologique n'est pas pratiqué. Les exemples sont fréquents de cas qui ont été reconnus après examen histologique « maladie d'Alzheimer » et vice-versa (Divry, Berlin).

En pratique, quand on pose le diagnostic d'une de ces deux affections, on a une chance sur deux de tomber juste et on a encore plus de chance de ne pas se tromper si on pose le diagnostic de maladie d'Alzheimer, car cette affection est plus fréquente que la maladie de Pick. Cette difficulté du diagnostic est telle que la plupart des cliniciens modernes emploient maintenant le terme de « démence atrophique » pour désigner cliniquement l'une ou l'autre maladie, attendant le résultat de l'examen histopathologique pour classer leur cas.

Nous présentons le cas suivant de maladie d'Alzheimer qui, cliniquement, avait été diagnostiquée maladie de Pick.

OBSERVATION. — Mme L..., née le 28 août 1896, est adressée pour la première fois à l'hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire, le 12 septembre 1953 ; elle est âgée de 57 ans.

Les renseignements fournis par le mari semblent permettre de faire remonter le début de la maladie à deux ans environ ; l'évolution a été insidieusement progressive. Depuis cinq ou six ans, la malade souffrait de céphalées, d'intensité et de durée variables, en casque, s'accompagnant d'accès de somnolence. Bouffées vaso-motrices, sans vomissements ni nausées, sans épisodes diplopiques. A l'âge de 30 ans, la malade a été atteinte d'alopécie complète (cheveux et sourcils) qui persiste ; pas de pilosité pubienne, ni axillaire. Aucun autre antécédent pathologique connu. Ethylisme nié. Ménopause à 48 ans, sans incident.

Elle a une fille qui est bien portante. Une sœur en bonne santé, intelligente, est atteinte d'une luxation congénitale de la hanche. Sa mère est morte à 52 ans d'une maladie de foie, son père à 62 ans d'une affection abdominale.

Mme L... a été vue en 1952 par un ophtalmologue, qui a constaté un état mental anormal et une baisse de l'acuité visuelle sans œdème du fond de l'œil.

Les premiers symptômes ont consisté en affaiblissement de la mémoire. La malade se rendait compte de son état et elle se disait en se frappant le front : « Il n'y a plus rien là-dedans. Je deviens bête... Je ne peux plus parler aux gens, je ne trouve plus mes mots. » Quand elle rencontrait quelqu'un de connaissance, et comme elle ne trouvait rien à dire, elle embrassait la personne en pleurant. L'évolution a été très rapide durant les mois qui ont précédé son internement.

À l'entrée, le syndrome déficitaire est accusé : troubles de la mémoire consistant en une amnésie de fixation (sans fabulation toutefois) ; indifférence, passivité, défaut de spontanéité. Début d'aphasie nominale avec écholalie. On note de la désorientation temporo-spatiale. Apraxie plus nette (apraxie de l'habillage notamment) avec échopraxie. Alexie et agraphie ; elle suit avec le doigt le contour des grosses lettres imprimées. Surdité verbale.

L'examen neurologique donne des résultats très incomplets du fait de la mauvaise compréhension de la part de la malade : pas de signes de localisation, ni de déficit pyramidal ; photomoteurs pupillaires et mouvements oculaires normaux. Sang : Bordet-Wassermann, négatif ; glycémie, 0,82 ; urée, 0,40. Liquide céphalo-rachidien (céphalique) : albumine, 0,22 ; 0,6 éléments ; Pandy, Weichbrodt, None, Appelt, Bordet-Wassermann, négatifs ; benjoin colloïdal : 00000.22000.00000.

L'encéphalographie gazeuse à l'oxygène décèle une dilatation énorme des ventricules (surtout à gauche), indiquant l'atrophie cérébrale. Signalons également un épaississement diffus de la voûte cranienne.

La malade quitte le service un mois plus tard, pour essai de réadaptation familiale et sociale.

La deuxième entrée a lieu un an et demi plus tard, le 10 février 1955. Le certificat immédiat porte :   tat démentiel profond. Atrophie cérébrale (maladie de Pick) et le certificat de quinzaine : atrophie cérébrale, évolution rapide vers une déchéance physique et mentale.

L'  tat de la malade s'est considérablement aggravé. Elle ne comprend pas les ordres les plus élémentaires ; ne répond pas aux questions, ne sait pas dire son nom ; elle reconnaît difficilement quelques objets : une clef, un stylo, un encrier. Pendant les examens elle répète « le mois d'août », « oui, oui », puis son nom de jeune fille. Elle porte une main devant ses yeux et dit : « Ah, non, c'est plus joli comme ça. »

L'affaiblissement démentiel est global : aphasie, apraxie, agraphie, alexie. Le reliquat verbal, qui évolue vers le mutisme, se borne à quelques mots répétés inlassablement (son mois de naissance, son nom de jeune fille) ; logoclonies.

L'examen neurologique, encore plus difficile que lors du premier séjour, ne montre aucun signe pyramidal ou extra-pyramidal. Les réflexes tendineux sont vifs et symétriques ; le cutané plantaire en flexion, les photomoteurs sont normaux. Tension artérielle : 19/10. Le fond d'œil est normal.

Tantôt euphorique et niaise, tantôt opposante et impulsive, la malade conserve cependant certaines lueurs d'affectivité : elle reconnaît sa famille lors des visites ; sa mimique exprime alors la joie, elle les embrasse et paraît heureuse.

L'  tat général va décliner rapidement : gâtisme, amaigrissement, cachexie, eschares ; la malade meurt le 30 mars 1955, six semaines après le deuxième internement. Elle est âgée de 59 ans.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE L'ENCÉPHALE.

Les méninges paraissent normales, la pie-mère se décortique. Atrophie généralisée du cerveau, plus prononcée au niveau des régions frontales pré-motrices et du pôle occipital gauche. Les ventricules latéraux sont dilatés, particulièrement au niveau des cornes occipitales. Sur coupes transversales, les circonvolutions des divers lobes sont nettement diminuées de volume. Les noyaux gris centraux paraissent moins atrophiés. L'hémisphère gauche pèse 560 g., le droit 580 g. ; le cervelet et le bulbe 165 g. Pas d'athérome des artères de la base. Le plancher du IV^e ventricule est normal.

EXAMEN MICROSCOPIQUE DE L'ENCÉPHALE.

Méninges. — Pie-mère normale, non adhérente. Aucune lésion vasculaire.

Cortex. — Les régions examinées sont les pôles frontaux, les régions motrices, l'insula, l'hippocampe, les lobes occipitaux et temporaux. En considérant chacune d'elles, on ne peut conclure que certaines sont plus lésées que les autres tellement les altérations sont partout profondes.

Quelles que soient les régions examinées, on note au Nissl la raréfaction des cellules ganglionnaires ; celles qui ont encore conservé une apparence pyramidale sont très atrophées. Elles ont une forme très allongée, lancéolées ; elles renferment une poussière prenant mal les colorants basiques et une zone étendue de lipopigment. Les noyaux, avec leur nucléole bien conservé, sont eux-mêmes atrophés, excentriques, accolés sur le bord du corps cellulaire. Les cellules en voie de disparition ne sont plus représentées que par des éléments de formes variées, irrégulières ; leur cytoplasma prend une coloration si pâle qu'on peut à peine distinguer leur forme.

Dans les régions motrices, les cellules de Betz sont également très atrophées. On ne note aucune figure de neuronophagie.

Au Bielchowsky, le cortex est parsemé de plaques séniles dans toute son étendue. On n'en observe aucune dans la substance blanche.

Les cellules présentant la lésion d'Alzheimer sont en général plus nombreuses dans les deuxième et troisième couches corticales. En certains endroits, toutes les cellules apparaissent atteintes. C'est dans la couche des grandes cellules pyramidales qu'il y en a le moins.

Les quelques cellules pyramidales qui ont conservé leur forme, quoique atrophées, lancéolées, renferment encore des primitives fibrilles si elles ne sont pas le siège de la lésion d'Alzheimer.

Au Weigert-Pal, quelles que soient les régions examinées, on constate la diminution d'épaisseur du cortex et la disparition de la strie de Baillarger. Les régions préfrontales sont plus démyélinisées que les régions motrices. La couche des fibres tangentielles est encore nettement indiquée alors que les autres couches corticales sont très pauvres en fibres.

Par la méthode de Hortéga au carbonate d'argent pour la névroglie, les astrocytes se présentent sous forme d'éléments monstrueux, développés dans la couche moléculaire. Dans les autres couches corticales, ces mêmes cellules hypertrophiées entourent les plaques séniles et bordent certains vaisseaux. On retrouve par cette méthode les cellules atteintes de la lésion

d'Alzheimer. Dans la substance blanche, les astrocytes sont plus nombreux qu'à l'état normal ; ils sont moins hyperplasiés que dans le cortex.

Noyaux gris centraux. — Les cellules des noyaux caudés et du putamen sont atrophiées, pigmentées, mais elles le sont moins que celles du cortex. On ne note aucun élément avec la lésion d'Alzheimer. Sous l'épithélium épendymaire ventriculaire, on note une sclérose névroglique très étendue. Autour des vaisseaux, le tissu parenchymateux, très aréolaire, très clair-semé, est surtout formé de fibres névrogliques provenant de cellules hyperplasiées. Au Noir Soudan, on note des granulations lipéidiennes dans les cellules adventitielles vasculaires.

Thalamus. — Autour des vaisseaux, le tissu est très raréfié sous forme d'une atrophie diffuse. Les éléments magno-cellulaires des noyaux paraissent peu atrophiés, mais leur cytoplasma renferme une zone étendue lipopigmentaire sous forme d'une fine poussière. On ne note pas, comme dans le cortex, de nombreux éléments en voie de disparition par atrophie. Au Weigert-Pal, pas de zones démyélinisées.

Cervelet. — Le cervelet est bien moins lésé que le cerveau. Les cellules de Purkinje présentent une notable atrophie et leurs dendrites paraissent peu développées ; au Soudan III, on note que leur cytoplasma ne renferme pas de lipo-pigment. Les fibres grimpantes sont disposées normalement. Au Weigert-Pal, la myélinisation est normale. Aucune cellule de Purkinje ne présente la lésion d'Alzheimer. Très rares plaques séniles dans la couche moléculaire et la couche des cellules de Purkinje.

La principale lésion consiste dans le gonflement des cellules des noyaux dentelés par la substance lipéidienne.

Aucune lésion vasculaire, et on ne note pas autour des vaisseaux la raréfaction du parenchyme comme dans le cerveau, les noyaux gris centraux et l'hypothalamus.

Bulbe. — La plupart des cellules des noyaux des nerfs crâniens sont légèrement atrophiées ; elles renferment toutes dans leur cytoplasma, outre des granulations chromophiles poussiéreuses, une zone lipo-pigmentaire. Au Bielchowsky, présence de neuro-fibrilles bien nettes. Certains éléments prennent une forme globuleuse. Cette lésion intéresse également les cellules des olives. Aucune dégénérescence fasciculaire.

Dans les plexus choroïdes, dépôts calcaires dans quelques travées sans calcosphérites.

Hypophyse. — La lésion la plus importante consiste en une ossification intéressant le lobe antérieur et le lobe postérieur, car elle débute au niveau de leur séparation. Elle s'étend profondément dans chacun de ces lobes et davantage dans le lobe postérieur. L'ossification s'effectue dans un tissu conjonctif qui a proliféré et l'ostéogénèse se fait à son dépens. Les travées osseuses, avec leurs ostéoblastes, revêtent le type embryonnaire. Présence de rares calcosphérites.

Le lobe antérieur est très riche en cellules éosinophiles et en cellules principales prenant mal les colorants. Présence de quelques globes de substance colloïde.

La symptomatologie de ce cas pouvait être interprétée comme se rapportant à la maladie de Pick. Les premières manifestations, qui

sont les plus importantes pour établir le diagnostic différentiel avec la maladie d'Alzheimer, ont consisté en un défaut de spontanéité, indifférence et passivité ; les troubles de la mémoire, sous forme d'une amnésie de fixation sans fabulation, la désorientation temporo-spatiale étaient manifestes. On notait une légère aphasia nominale avec écholalie, de l'apraxie avec échopraxie se manifestant principalement dans l'habillage, de l'alexie, de l'agraphie et de la surdité verbale.

L'énorme atrophie cérébrale décelée par l'encéphalographie plaiderait aussi en faveur de ce diagnostic. A la deuxième entrée, qui se fit un an et demi plus tard, le même diagnostic paraissait pouvoir être maintenu. L'état de la malade s'était tellement aggravé qu'elle ne comprenait plus les ordres les plus simples ; l'appauvrissement du langage aboutissait au mutisme.

Fait que nous n'avons pas trouvé signalé dans les observations de maladie d'Alzheimer, la malade a conservé, durant sa maladie et jusqu'à la phase terminale, malgré un état démentiel très profond, une notable affectivité. Elle manifestait de la joie chaque fois qu'elle voyait sa famille.

La malade a duré quatre ans et cette rapidité évolutive ne s'opposait pas au diagnostic de maladie de Pick. Ce fut une surprise inattendue de relever dans le cerveau les lésions diffuses de la maladie d'Alzheimer.

REFERENCES. — BERLIN (L.) : Presenile sclerosis (Alzheimer's disease) with features resembling Pick's disease. *Arch. of Neur. a Psychi.*, 1949, p. 369. — DREVY (P.) : Maladie d'Alzheimer ayant évolué comme une maladie de Pick. *Journée belge de Neurologie*, 1939, p. 238. — HOLLANDE (Cl. M. P.) : Incertitudes relatives à la distinction des maladies de Pick et d'Alzheimer. *Thèse de Paris*, 1953. — SJÖGREN (T.), SJÖGREN (H.) et LINDGREN (A.) : *Morbus Alzheimer and Morbus Pick*, Copenhagen, 1952.

DISCUSSION

M. X. ABÉLY. — Je persiste à penser que, dans la majorité des cas, le diagnostic clinique est possible entre la maladie de Pick et la maladie d'Alzheimer. Assurément, bien des symptômes différentiels, allégués par certains auteurs et cités par M. Marchand, n'ont qu'une valeur très relative. Je rappelle les éléments essentiels de distinction que j'ai essayé d'établir (discussion des rapports sur les démences atrophiques au congrès mondial de psychiatrie de 1950).

1° Dans le Pick, plus unitaire et plus systématisé, réalisant un syndrome préfrontal global en raison de la localisation la plus fréquente, qui est frontale ou fronto-temporale. Dans l'Alzheimer, syndrome plus polymorphe et plus irrégulier, avec conservation plus prolongée d'îlots affectifs et intellectuels, en raison de la dispersion des lésions.

2° Dans le Pick aphaso-agnosie, d'allure plus psychique. Dans l'Alzheimer, les mêmes symptômes ont un aspect plus neurologique, intéressant les instruments du langage.

3° Le Pick réalise un syndrome akinétique, aussi bien dans le domaine verbal que moteur (absence notamment de logoclonies). Le Pick réalise un syndrome hyperkinétique.

Je me garderais toutefois de sous-estimer la difficulté du diagnostic de chacun de ces syndromes dans plusieurs cas. Je vais précisément rapporter une observation où j'ai pensé à tort à une maladie de Pick. Mais je crois que ces faits ne sont pas très fréquents.

M. BRION. — L'observation de MM. Marchand, Léo et collaborateurs confirme l'intérêt des critères histologiques qui permettent en définitive de distinguer les deux affections. C'est en nous basant sur de tels critères que nous avons pu, avec MM. Delay et Garcia Badaracco, établir les différences cliniques nettes entre les maladies de Pick et d'Alzheimer. Parmi ces différences, il faut insister tout particulièrement sur le syndrome aphaso-apraxo-agnosique, qui ne se rencontre guère que dans la maladie d'Alzheimer. Une atteinte du langage comportant des paraphasies ou même du jargon (et évoquant une aphasie de type Wernicke évoluant sur un fond de démence) doit toujours faire évoquer une maladie d'Alzheimer. Aucun de nos cinq cas de maladie de Pick et aucune observation de maladie de Pick, rapportée dans la littérature et histologiquement vérifiée, ne comportent un syndrome aphaso-apraxo-agnosique ; on observe plutôt une démence assez globale, avec syndrome de type frontal, perte de l'affectivité et stéréotypies ; quand il existe des troubles du langage, ils sont du type de l'aphasie dite nominale.

C'est pourquoi, dans l'observation de MM. Marchand, Léo et collaborateurs, nous aurions tendance à en faire cliniquement une maladie d'Alzheimer, sur l'existence d'alexie, agraphie et apraxie à une phase précoce de l'évolution. Un argument supplémentaire nous paraît fourni par l'encéphalographie gazeuse, qui montre une importante dilatation globale, alors que l'atrophie eût été purement fronto-temporale dans une maladie de Pick.

Du point de vue anatomique, les lésions histologiques des deux affections sont bien différentes. Mais surtout, et ceci est peut-être le plus important, leur répartition n'est pas la même. Les lésions de la maladie d'Alzheimer sont diffuses, touchant les régions fronto-temporo-pariéto-occipitales, avec parfois des renforcements locaux. Dans la maladie de Pick, au contraire, la localisation fronto-temporale avec respect des 2/3 postérieurs de T1 est bien particulière et cette différence explique l'absence de syndrome aphaso-apraxo-agnosique dans cette dernière affection. Quant aux formes dites aberrantes, pariéto-occipitales, de la maladie de Pick, il s'est toujours agi, dans les cas vérifiés, de maladie d'Alzheimer.

M. MARCHAND. — Après les interventions qui viennent d'avoir lieu, je relève qu'aucun symptôme ne peut être considéré comme pathognomonique de la maladie de Pick à son début. Le diagnostic avec la maladie d'Alzheimer repose davantage sur une impression que sur des caractères cliniques définis et constants.

Démence artérioscléreuse ayant simulée une maladie de Pick, par MM. Xavier ABÉLY, Paul GUIRAUD, DOUTRIAUX, LECLAIRE et NICOLAS-CHARLES.

OBSERVATION. — Malade âgée de 61 ans.

ANTÉCÉDENTS

Antécédents familiaux. — Un frère mort à 55 ans dans un hôpital psychiatrique, probablement à la suite d'un affaiblissement psychique.

Antécédents personnels. — Pas d'antécédents psychopathiques. Femme active, d'intelligence normale. Santé physique robuste jusqu'à l'âge de 50 ans, sauf quelques crises d'asthme. A ce moment, en raison d'un fibrome utérin, ménopause chirurgicale, suivie d'une obésité considérable. Aucune notion d'ictus antérieur ou de parésie transitoire.

Début des troubles. — Depuis quelques mois était devenue négligente, sans goût. Cette déficience psychique avait fait des progrès rapides. Dans les dernières semaines précédant l'entrée, troubles évidents de la mémoire et de l'attention. Elle oubliait les commissions qu'elle était allée faire. Elle perdait son argent, elle ne pouvait plus diriger son ménage ; de plus, se montrait euphorique, joviale, bavarde, avec quelques troubles du langage. Elle était devenue gloutonne, abandonnant le régime qu'elle suivait pour diminuer son obésité.

EXAMENS APRÈS L'ENTRÉE DANS LE SERVICE

Examen psychique. — Subexcitation psychique. Humeur gaie, joviale avec une légère ironie. Jeu. Plaisanteries. Loquacité inconsistante. Réponses fantaisistes. Fabulation pauvre. Sous cette apparence hypomaniaque, qui rappelle la moria avec ses facéties, son euphorie puérile parfois un peu grossière, transparait un affaiblissement psychique déjà marqué.

Le bavardage est monotone, assez stéréotypé, parfois peu cohérent. Il n'y a cependant ni palilalie, ni écholalie. Les réponses sont imprécises, détournées, peu adéquates. Le champ psychique est nettement réduit, le stock des idées appauvri. La mémoire est touchée, aussi bien en ce qui concerne les faits récents que les faits anciens. L'amnésie d'évocation est importante. La malade oublie son domicile, son âge, et parfois même son nom. La désorientation est complète. L'attention est également fort déficiente. La concentration des idées est impossible. La malade se montre affable et garde quelques automatismes sociaux, mais derrière cette façade l'indigence psychique est évidente. Le jugement est affaibli. La malade conserve une vague conscience d'un état pathologique, mais ne s'en inquiète nullement. Elle ne montre ni sensiblerie, ni irritabilité. Elle reste indifférente à son sort. Elle ne s'intéresse pas au milieu hospitalier et reconnaît à peine les infirmières.

Troubles du langage, des praxies, des gnosies. — Un examen un peu plus poussé montre des troubles du langage, des praxies, et des gnosies. Mais ces troubles paraissent relever d'un mécanisme plus intellectuel que neurologique, dus à l'amnésie, à l'aprosodie, à l'incapacité des synthèses psychiques. Les défaillances dans la dénomination des objets sont des amnésies verbales. On note cependant des paraphasies, des persévérations, de l'intoxication par les mots. L'apraxie est de type idéatoire et n'apparaît que dans les actes un peu compliqués. Il existe cependant une nette apraxie constructive. La malade est incapable de dessiner sur demande une forme géométrique ou un objet, mais peut les imiter. De même, l'agnosie ne se révèle, notamment en ce qui concerne le domaine visuel, que dans les représentations ayant une signification globale. La malade est incapable de reconnaître l'ensemble d'une image. De plus, elle ne peut exécuter l'opération arithmétique la plus simple. Il y a peu d'astéréognosie et de perturbation du schéma corporel. Tous ces troubles s'aggravent par la fatigue. Ils sont de plus en plus marqués lorsque l'examen se prolonge.

Les modifications de l'activité sont très importantes. La subexcitation est purement verbale et non motrice. Cette activité est extrêmement réduite. La malade reste couchée, se montre aboulique, apathique, incurique, ne s'intéressant à rien. Elle ne manifeste aucune initiative. Elle néglige même de s'alimenter spontanément, alors qu'elle était gloutonne auparavant. Il faut la faire manger. La mimique enfin est fort pauvre.

Tous ces troubles présentent pendant quelque temps une variabilité assez nette. Certains jours, la malade paraît plus lucide, plus présente, le contact est plus facile, l'orientation est moins trouble. Elle se rend compte qu'elle est dans un hôpital et demande sa sortie de façon répétée, sans manifester d'ailleurs d'impatience.

Cependant, l'aggravation reprend et se poursuit rapidement et inexorablement. La mémoire et l'attention se détériorent. La malade est plus inerte, plus indifférente, bien que toujours souriante. L'excitation verbale n'est plus spontanée, il faut l'inciter, la provoquer. L'incurie est complète. La malade devient tout à fait gâteuse et de façon permanente.

Examen neurologique. — Pas de troubles de la motricité ou de la sensibilité. Réflexes rotuliens faibles mais présents. Pas de symptômes pyramidaux ou extra-pyramidaux. Pas de signes de Babinski. Pas de marche à petits pas. Aucun signe de la série pseudo-bulbaire. Réflexes pupillaires normaux. Pas de stase pupillaire, pas d'œdème, les bords de la pupille sont simplement un peu flous.

Pas de signe d'hypertension crânienne.

Examen général. — Aucun trouble organique, sauf de l'emphysème. Tension artérielle normale. Aucun des signes classiques de la petite urémie.

Examen de laboratoire. — Dans le sang : urée = 0,31 ; glucose = 0,93. Wassermann et Kahn négatifs. Dans le liquide céphalo-rachidien, qui ne présente pas d'hypertension : leuco = 2 ; légère albuminose = 0,65. Pandy +. Benjoin normal = 00000.02222.00000.

Electro-encéphalographie (examen pratiqué au centre neuro-chirurgical de Sainte-Anne) : « Tracé altéré de façon globale : rythme de fond ralenti mais peu apparent. Le tracé se compose principalement de rythmes lents (2 à 3 c./s.) superposés ou non à l'activité de fond selon les moments. Activité delta quasi-permanente, peu accessible aux stimulations extérieures, mais peut s'amender au cours de stimulations relativement fortes. L'absence de toute focalisation et de toute asymétrie ainsi que la possibilité de blocage des rythmes lents ne peuvent la faire attribuer à la présence d'une néoformation. Une atrophie cérébrale diffuse serait parfaitement compatible avec le tracé de cette malade. »

Evolution terminale. — L'état neurologique et général de cette malade ne s'est guère modifié. La marche était devenue seulement plus incertaine. On constatait une certaine oscillation. La malade laissait parfois fléchir ses jambes. Mais il était difficile de savoir s'il s'agissait d'un trouble neurologique ou d'une manifestation de jeu ou d'opposition au mouvement. De plus, la malade se plaignait alors de vertiges.

La fin de la malade est survenue de la façon suivante : A la suite d'une bronchite qui paraissait bénigne, la tension artérielle s'est brusquement élevée à 22/13 et sont apparues des crises répétées d'œdème pulmonaire, dont la dernière a été fatale.

La maladie a évolué d'une façon particulièrement rapide, puisque la malade n'est restée hospitalisée que quatre mois.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement : atrophie générale du cerveau peu accentuée avec légère dilatation ventriculaire. On est frappé par l'athérome du tronc basilaire. Nombreux dépôts de cholestérol. La sylvienne et toutes ses branches sont également atteintes d'athérome. A la surface des hémisphères, artérioles et veinules dures par thrombose locale.

A la coupe, on ne constate nulle part ni hémorragies, ni foyers de ramollissement.

Des imprégnations argentiques (méthode neuro-fibrillaire d'Hortéga) sont faites dans de nombreuses régions cérébrales : aire 9, frontale ascendante, zone de Wernicke, noyaux gris pour rechercher les lésions d'Alzheimer : pas de plaques séniles, pas de cellules d'Alzheimer. L'absence d'atrophie localisée, nette, élimine la notion de maladie de Pick. Pas de cellules gonflées. Il s'agit d'artériosclérose cérébrale diffuse.

Les phénomènes aphaso-apraxiques nous conduisent à examiner d'abord la zone de Wernicke gauche. Dans la pie-mère, nous trouvons une artériole assez volumineuse entièrement thrombosée, lésion ancienne : de nombreux fibroblastes et des fibres collagènes occupent presque tout l'espace endovasculaire, disparition presque complète de la lame élastique interne. Mêmes lésions de thrombose organisée dans les veines voisines.

La distribution en couches de l'écorce cérébrale est bien conservée, mais la raréfaction cellulaire est très nette dans l'ensemble de l'écorce. Beaucoup de cellules sont anormales par ratatinement et dégénérescence filamentogranulo-alvéolaire (*Schrumpfung*). La méthode de Nissl et l'imprégnation neuro-fibrillaire montrent nettement cette lésion. Mais, dans certaines régions correspondant à une surface de quelques millimètres carrés ou davantage, on constate des lésions plus accentuées allant jusqu'à la transformation en fantômes cellulaires : la cellule conserve sa forme mais reste presque incolore et finement granuleuse, le noyau résiste souvent plus que le cytoplasme.

Ces zones de lésions maximales paraissent correspondre à une réduction considérable de la circulation sanguine (oligémie). La mise en évidence du réseau vasculaire par les méthodes à la benzidine montrent en effet des plaques presque avasculaires contrastant avec le voisinage à irrigation à peu près normale. Cependant, cette constatation n'est pas absolument probante, les préparations ayant été faites après un séjour assez prolongé dans le formol. Il faut signaler en outre de petites plaques hémorragiques périvasculaires et des vaisseaux très tortueux.

Les diverses colorations de la névroglie montrent une hypertrophie très nette de la glie margivale. La glie de l'axe blanc ne présente pas la prolifération qu'on trouve dans le ramollissement incomplet d'Alzheimer. Il semble que la macroglie a subi un processus de clasmotodendrose de Cajal. Cependant, on trouve parfois une réaction glio-fibrillaire assez importante autour de quelques vaisseaux de l'axe blanc.

La substance blanche présente parfois de vastes plages irrégulières de dégénérescence métachromatique.

Les colorations par le Loyez montrent une dégénérescence assez impor-

tante des fibres myéliniques ; la myéline des fibres avoisinant la substance grise est celle qui résiste le plus.

Les autres régions corticales, en particulier, aire 9, aire 4, présentent en général des lésions moins accentuées que la région de Wernicke. Cependant, on y constate la raréfaction des cellules pyramidales, le ratatinement des corps cellulaires, la dégénérescence granulo-filamenteuse.

De même, par la méthode de Loyez, on trouve des zones de démyélinisation dans le centre ovale avoisinant.

Le cervelet est aussi atteint que la corticalité : disparition d'une bonne partie des cellules de Purkinje, démyélinisation de la substance blanche.

Dans les régions sous-corticales, mêmes lésions veineuses et artérielles avec obstruction d'une partie plus ou moins grande de la lumière vasculaire. A signaler l'état relativement bon du noyau caudé et du putamen, le ratatinement cellulaire avec hyperchromatophilie dans le pallidum, l'atteinte profonde des cellules du corps mamillaire.

Dans le bulbe, la prolifération gliale est très importante.

Il s'agit, en somme, d'artériosclérose cérébrale diffuse avec îlots, où les lésions sont plus accentuées. Les lésions prédominent dans la région de Wernicke gauche.

Le défaut d'importante réaction gliale est à signaler ; ce cas correspond à la description de Claude et Cuel. Méiopragie cérébrale par angiosclérose (avec prédominances insulaires).

Notre observation montre la difficulté du diagnostic entre les diverses démences préséniles. L'élimination de la paralysie générale et de la tumeur cérébrale ne laissait place qu'à deux hypothèses ; une maladie de Pick ou une démence artérioscléreuse. La curieuse absence de signes artériopathiques, ainsi que le caractère particulier de plusieurs symptômes, nous auraient fait pencher vers le diagnostic de maladie de Pick, encore que le tableau clinique de ce syndrome ne fût pas complet. Les constatations anatomo-pathologiques ont démontré qu'il s'agissait d'une artériosclérose cérébrale typique, à une phase cependant assez peu évoluée. D'autres auteurs ont signalé cette confusion possible des démences artériopathiques avec les démences dégénératives. Elle n'en est pas moins exceptionnelle. Il est intéressant, dans de tels cas, de rechercher d'où peuvent parvenir ces erreurs : la démence de Pick, ainsi que la démence artérioscléreuse, répondent, comme toutes les démences d'ailleurs, à des lésions diffuses, mais qui peuvent prédominer dans certaines zones cérébrales. Les particularités des divers syndromes démentiels tiennent moins sans doute à la nature des modifications anatomiques qu'à leur localisation prépondérante. De plus, la symptomatologie est d'un aspect d'autant moins grossier, d'un niveau d'autant plus élevé dans la hiérarchie de la détérioration mentale, et la distinction clinique est d'autant plus délicate que les lésions sont moins avancées. Celles-ci ne se manifestent d'abord, et pendant un temps assez long, que par un amoindrissement fonctionnel cérébral, par une méiopragie. Ce qui le montre bien encore, c'est la variabilité de l'intensité du tableau clinique

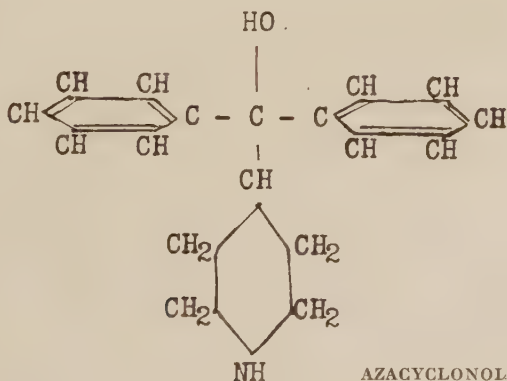
durant cette période. Ces faits se constatent, non seulement dans la démence artérioscléreuse, mais aussi dans la maladie de Pick (voir observation publiée dans les *Annales* de juin 1944, par Xavier Abély, Leroy et Suttel).

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Quand, chez un dément artérioscléreux, les signes objectifs de l'artériosclérose et les signes de localisation font défaut, les symptômes mentaux égarent le diagnostic. M. Xavier Abély a insisté sur la variabilité des symptômes démentiels chez son malade. Je crois que c'est là une particularité intéressante. Quoique l'artériosclérose cérébrale soit une maladie progressive, elle peut procéder par à-coups. On peut noter chez certains malades des améliorations passagères de leur état mental, ce que l'on ne note pas dans les démences atrophiques. J'ajouterai que souvent, comme je l'ai signalé ici-même à propos d'un cas, aux lésions cérébrales athéromateuses peuvent s'associer les lésions de la démence sénile, et quand l'atrophie cérébrale est plus prononcée sur certaines zones, le syndrome, comme dans le cas actuel, simule celui de la maladie de Pick.

Action symptomatique de l'azacyclonol sur un syndrome hallucinatoire et interprétatif (*présentation de malade*), par MM. P. BENSOUSSAN, E. M. VILLIAUMEY et J. ROUSSEAU.

L'azacyclonol (4-pipéridyl-diphényl-carbinol) est un isomère du chlorhydrate de pipradol, dont nous avons eu l'honneur de rapporter récemment devant vous les premiers essais cliniques (P. Bensoussan et E.-M. Villiaumey, 1956). Il ne diffère de ce corps que par le passage du radical NH de position 2 en position 4 dans le cycle pipéridyl, mais ce changement suffit à modifier considérablement ses propriétés pharmacologiques et, notamment, à supprimer les fonctions psycho-stimulantes caractéristiques du chlorhydrate de pipradol.



La toxicité de l'azacyclonol est extrêmement restreinte puisque la dose léthale 50 par voie orale est expérimentalement de 650 mgr. par kilo de poids corporel, c'est-à-dire sans aucune commune mesure avec les doses utilisées en thérapeutique et qui restent de l'ordre de 60 à 100 mgr. par jour pour un adulte.

Ce corps est encore remarquable par son absence apparente d'action chez l'individu normal comme chez l'animal d'expérience. Ce n'est qu'à des doses très élevées que l'on peut observer chez ce dernier, d'abord un ralentissement de l'activité, puis ensuite une légère excitation psycho-motrice. Il faut enfin approcher de la dose léthale pour enregistrer une action convulsivante.

L'azacyclonol a fait, depuis trois ans, l'objet d'une expérimentation intensive aux U.S.A. (notamment Fabing, 1955 ; Fabing et Hawkins, 1955 ; Brown, 1955 ; Rinaldi, 1955 ; Himwich, 1955, etc...), où il a été employé, soit expérimentalement dans les hallucinations provoquées par la mescaline ou la LSD-25, soit dans différents syndromes psychiatriques comportant une symptomatologie hallucinatoire, notamment les syndromes hallucinatoires en rapport avec une schizophrénie, avec un délire toxique ou post-opératoire, et avec le delirium alcoolique. Nous basant sur les travaux de ces auteurs, et nous autorisant de l'absence de toxicité du produit, aux doses thérapeutiques, nous l'avons utilisé en clinique et nous nous permettons de vous présenter aujourd'hui l'observation d'un des malades ainsi traités.

Cependant, cette observation appelle un certain nombre de critiques préalables. D'une part, il nous est naturellement impossible de préjuger de ce qu'aurait été l'évolution de ce cas sans médication : nous voulons seulement souligner que nous l'avons laissé hospitalisé deux semaines avant d'entreprendre son traitement à l'azacyclonol et que, pendant ce délai d'attente, les symptômes qu'il manifestait, loin de régresser sous l'influence de l'hospitalisation et des soins qui lui étaient prodigués, n'ont fait que se manifester de plus en plus ouvertement et se compléter. D'autre part, il est évident que l'évolution devrait se juger sur une période infiniment plus longue que celle dont nous vous soumettons aujourd'hui l'observation. Nous nous sommes crus cependant autorisés, ces réserves et ces critiques étant faites, à vous présenter ce cas :

OBSERVATION. — M. S..., âgé de 40 ans, est un sujet d'origine polonaise, naturalisé français depuis plus de dix ans, marié, sans enfants. Il exerce la profession d'ouvrier très spécialisé dans une usine de fabrication d'explosifs. Il y a plus de cinq ans qu'il est dans cette place et il y avait donné jusqu'à ces derniers mois complète satisfaction. Ses antécédents, tant familiaux que personnels, sont absolument banaux.

M. S... est hospitalisé le 1^{er} mars 1956, sur les conseils de son médecin d'entreprise. Celui-ci a été alerté par le chef d'atelier, qui se plaint essentiellement de troubles du comportement de M. S... En fait, ces troubles ne

sont pas récents, ils sont évidents depuis déjà une assez longue période : huit mois environ, mais ils étaient jusqu'ici demeurés compatibles avec une activité professionnelle sensiblement normale. Cependant, ils ont atteint dernièrement une telle acuité que le recours médical a été, à juste titre, jugé nécessaire. Ces derniers mois, en effet, si l'indulgence de ses compagnons et de ses chefs lui était acquise en raison de ses excellentes notes passées, le comportement de M. S... n'était déjà plus normal. Il est devenu bizarre, incompréhensible pour ses camarades, soupçonneux, aisément irritable, ayant à plusieurs reprises des discussions ou des conflits avec son entourage. Toutes modifications qui contrastaient totalement avec ses habitudes antérieures. Des sanctions minimales ont dû être prises à son égard. Il a été changé d'atelier dans l'espoir qu'il s'agissait d'une incompatibilité de personnes. Rien n'a été modifié pour autant. Dans son foyer, des changements parallèles ont été observés par ses proches. Lui, d'habitude doux et serviable, se met maintenant facilement en colère. Surtout, il s'isole, il devient renfermé et taciturne, se met à lire avec beaucoup d'attention la presse, écoute méticuleusement la radio et à plusieurs reprises dit que dans tout cela on parle de lui ou qu'on le surveille. Le soir il s'endort difficilement, a des réveils anxieux, se lève, tourne apeuré dans l'appartement, sans parvenir à retrouver son calme.

Nous possédons un certain nombre de documents écrits qui viennent corroborer ces témoignages. M. S... qui, malgré sa formation scolaire restreinte, possède certainement un bon niveau intellectuel, s'était vu à plusieurs reprises attribuer des primes pour des suggestions soumises à la direction de son entreprise, et qui avaient permis des modifications ou des améliorations efficaces des procédés de fabrication utilisés dans son service. Depuis quelques mois, ses suggestions se sont faites plus fréquentes et surtout elles sont devenues de moins en moins techniques pour laisser la place à des allusions plus ou moins mystérieuses à des complots, à une surveillance et à un ensemble de préoccupations qui dénotent bien l'apparition des troubles mentaux.

On se trouve donc, à l'entrée, devant un sujet sans antécédents notables, qui présente des troubles remontant de toute évidence à plusieurs mois et dont il est probable qu'ils datent même d'au moins une année. Disons tout de suite que son examen somatique est absolument normal et que les examens complémentaires et biologiques pratiqués ne montrent aucune modification (notamment sérologie sanguine négative, pas de modification des fonds d'yeux ni des champs visuels, acuité 10/10° bilat., réflexes pupillaires normaux, I.T.N.).

Son état de conscience est bon, il n'existe pas d'élément confusionnel, il est très présent et attentif dans l'entretien, répond avec précision aux questions qui lui sont posées, sa mémoire est excellente, son orientation très satisfaisante. Son contact est facile et cohérent. Il n'y a pas de barrages ni de troubles du cours de la pensée. On peut seulement noter une légère subexcitation avec prolixité, mais qui reste à la limite du normal. Cependant, une investigation un peu poussée franchit facilement la barrière d'une première réticence : il se plaint qu'il lui arrive des événements tout à fait incompréhensibles, il voit des allusions le concernant dans les principaux événements dont parlent les journaux. Il a l'impression que c'est de lui que s'entretiennent ses voisins, tout cela doit faire partie d'un complot organisé à son insu et à son préjudice.

Sur ce syndrome interprétatif, apparaissent nettement un certain nombre de manifestations véritablement hallucinatoires. Il entend la nuit des voix qui lui donnent des ordres ou lui crient des mots orduriers. Il voit, avant de s'endormir, se dérouler devant lui des spectacles cinématographiques, « comme de la télévision ». Il a l'impression de recevoir des radiations qui pénètrent jusque dans sa chambre d'hôpital. On se livre sur son corps à des manœuvres honteuses qu'il perçoit parfaitement et dont il s'indigne. Il vient d'ailleurs chaque nuit demander anxieusement au veilleur de le protéger.

Rappelons que, pendant deux semaines, ce syndrome persiste sans aucun changement et ne fait même que se préciser au fur et à mesure que le malade a assez confiance en nous pour nous en confier tous les détails.

Au bout de ces deux semaines, nous lui administrons de l'azacyclonol, à la dose de 60 mgr. (trois prises de 20 mgr.) pendant six jours. Il ne se produit pendant cette période aucun changement notable dans son état. Nous augmentons ces doses, que nous portons à 100 mgr., en cinq prises de 20 mgr. par jour. Le cinquième jour suivant, nous notons déjà une modification importante du tableau clinique. Les hallucinations et les interprétations persistent mais leur retentissement est considérablement modifié, le sujet est infiniment plus calme, plus détendu, moins anxieux.

Au dixième jour, cette amélioration se confirme. Non seulement l'anxiété a pratiquement disparu, mais les signes délirants semblent infiniment plus flous et estompés s'ils persistent encore. Nous passons alors le sujet à 80 mgr. en quatre prises de 20 mgr. Au bout d'une nouvelle semaine, l'amélioration s'est affirmée. Toute la partie hallucinatoire a totalement disparu. Le sujet n'entend plus de voix lui dictant des ordres ou l'injuriant. Il ne voit plus de télévision. On n'abuse plus de lui. Il se désintéresse des événements et de la presse, où il ne voit plus d'allusions personnelles. Parallèlement, il reprend dans le service une vie et une activité normale, et ses compagnons le trouvent « transformé ». Certes, il reste encore perplexe quant à l'interprétation de tous ces phénomènes, mais il commence surtout à les critiquer et à se demander « si ce n'est pas des idées qu'il s'est fait comme dans un rêve ». Cependant, le médicament est omis un jour par inadvertance, et sa critique redevient immédiatement moins serrée, mais dès le lendemain de la reprise de l'azacyclonol, l'amélioration continue sa marche progressive.

(Présentation du malade).

Nous manquons certainement de recul pour affirmer rien d'autre que les quelques faits très simples qui découlent de cette première observation. Un syndrome hallucinatoire et interprétatif progressivement constitué, datant de plusieurs mois et ne cédant nullement au simple séjour hospitalier, a été considérablement modifié dans son allure clinique par trois semaines de prise d'azacyclonol. Il nous est impossible, évidemment, d'affirmer ce qu'aurait été l'évolution spontanée. Il est cependant permis de penser qu'elle n'avait aucune raison de se faire spontanément et si rapidement dans ce sens régressif.

Nous poursuivons donc l'observation de ce malade, qui devra certainement rester encore pendant un long délai sous thérapeutique et sous surveillance. Si nous nous sommes permis de vous le présenter

malgré le peu de recul de cette très incomplète observation, c'est que nous pensons qu'une action même purement symptomatique est toujours intéressante dans un domaine où nous avons été si longtemps démunis de thérapeutiques efficaces. Mais, parmi la très riche gamme des produits qui viennent chaque jour modifier le visage thérapeutique de la psychiatrie classique, il nous semble que l'on doit certainement donner la préférence à ceux qu'une longue expérimentation sur l'animal a montré être dépourvus de toxicité et d'effets secondaires, comme c'est le cas pour l'azacyclonol.

DISCUSSION

M. X. ABÉLY. — J'ai cru lire que, dans l'expérimentation du Frenquel, les médecins américains recherchaient surtout une action anti-hallucinatoire. Afin de poursuivre cette exploration, il faudrait choisir surtout des sujets manifestant de franches hallucinations auditives. Or, le malade qui nous est présenté paraît essentiellement atteint, pour le moment du moins, d'un syndrome interprétatif associé à un état de subexcitation psychique. Les idées d'influence qu'il exprime peuvent s'expliquer par cette double origine. Les cas vraiment démonstratifs devraient être pris parmi les paraphrénies, les psychoses hallucinatoires chroniques sans hypersthénie mentale trop marquée.

La séance est levée à 11 heures 35.

Séance du 23 avril 1956

Présidence : M. J. BONHOMME, président

COMMUNICATIONS

Essais d'une nouvelle drogue tranquillisante,
par MM. S. FOLLIN, B. SIGG, Mlle S. PIVET et M. Cl. GIRARD.

Le méprobamate, spécialisé sous le nom de miltown ou équanil (1), a été synthétisé en 1950. Il s'agit d'un corps de la série du décontractyl : son utilisation clinique a débuté en 1953 aux Etats-Unis, et seulement fin 1955 en France. Nous décidâmes immédiatement d'en faire

(1) Nous remercions les Laboratoires BYLA de nous avoir fourni l'Equanil nécessaire à ce travail.

l'expérimentation. Malheureusement, les grandes difficultés d'approvisionnement nous contraignirent vite à restreindre nos ambitions. Nous ne rapporterons donc ici que quelques observations, choisies parmi toutes celles de nos malades traitées au méprobamate, pour leur intérêt dans la compréhension du mode d'action de ce produit.

Une expérimentation animale poussée a été menée aux Etats-Unis. Il en ressort que le méprobamate, dépourvu de toxicité, possède une action sédatrice puissante sans excitation préalable, ainsi qu'un pouvoir anti-convulsivant remarquable. Son effet est assez tardif, mais prolongé.

Par contre, malgré la relative ancienneté de ce produit et sa notoriété outre-Atlantique, les résultats d'essais cliniques publiés jusqu'à maintenant portaient sur moins de 300 cas. D'une part, le nombre de cas traités, pour chaque maladie, est trop restreint, et d'autre part, les divergences nosologiques sont trop bien connues pour que nous accordions à ces résultats autre chose qu'une valeur d'orientation. Disons donc que cette drogue serait un remarquable traitement de l'anxiété (moins de 14 % d'échecs), et un bon régulateur du sommeil plus qu'un hypnotique puissant. Par ailleurs, dans l'ensemble, si les névroses ont été améliorées, les psychoses ont au contraire consacré l'échec du méprobamate. Ce dernier posséderait enfin un certain intérêt dans le traitement du petit mal (Gibbs) et dans celui des accidents aigus du sevrage chez les alcooliques (Feldman).

Notre propos visant à faire ressortir les mécanismes d'action propres au méprobamate, nous allons vous présenter les quelques observations qui nous ont paru tout spécialement intéressantes de ce point de vue.

Les deux premières nous permettront d'isoler une action élective du méprobamate sur l'anxiété, quoique nous n'ayons pas eu l'occasion de l'employer dans une vraie névrose d'angoisse.

OBSERVATION 1. — Mme S., âgée de 74 ans, est internée depuis plus de quinze ans pour un délire de persécution et d'hypocondrie. Actuellement, c'est une retraitée du délire ; calme, elle travaille régulièrement. Depuis son retour d'une permission de deux mois, apparition de récriminations, plaintes, irritation aboutissant en quelques semaines à l'éclatement d'une bouffée anxieuse typique avec son cortège de manifestations somatiques. La malade reçoit alors 3 gr. 20 de méprobamate en 24 heures. Dès le lendemain, elle se lève, et reprend bientôt son travail.

OBSERVATION 2. — Mme K., âgée de 48 ans, a été internée il y a deux ans pour un vaste délire de persécution et érotomaniaque évoluant depuis 1950. Elle fut mise au méprobamate pour un syndrome anxieux avec céphalée occipitale, tremblement, tension, etc., qui persistait depuis près de deux mois malgré barbituriques et chlorpromazine. En une semaine, avec 1 gr. 60 par jour de méprobamate, nous avons vu ces troubles disparaître et la malade reprendre normalement ses occupations. Quant à son activité délirante, reléguée au second plan par l'anxiété, elle a rapidement retrouvé son

intensité antérieure, entraînant plusieurs conflits puis la cessation de tout travail.

Dans les deux cas, on assiste donc à une dissociation frappante du syndrome anxieux et du délire. Le méprobamate agit vite et efficacement sur l'anxiété, mais ne modifie en rien le délire, qui conserve une évolution indépendante.

Il en a été de même dans nos cas de schizophrénie : nous pouvons ainsi opposer :

Mme B... (observation 3) dont l'anxiété, apparue au décours d'une permission, fut calmée en cinq jours par le méprobamate sans que ni son autisme ni ses hallucinations auditives, et surtout cénesthésiques, aient été aucunement modifiées,

et Mme F... (observation 4) qui, venant de subir sans succès une cure de sommeil, reçut environ 40 gr. de méprobamate dans l'espace de quelques semaines sans que l'on ait pu constater la moindre amélioration de sa schizophrénie.

Il nous semble donc évident que le méprobamate n'a d'effet dans les délires que dans la mesure où existe une anxiété qui doit être considérée comme un symptôme surajouté, évoluant isolément, et demandant un traitement particulier, le méprobamate.

Le lot de malades qui va suivre, le plus important, et le plus intéressant à notre avis, est celui des mélancoliques.

OBSERVATION 5. — Mme B..., 51 ans, vient pour une mélancolie hypocondriaque sénile évoluant depuis quelques années sur un fond névrotique. Thèmes cénestopathiques prédominants : brûlures et bourdonnements dans tout le corps, mal mystérieux incurable. Troubles du sommeil au premier plan des préoccupations de la malade. Une cure de sommeil reste sans effet. Mme B... reçoit alors un traitement d'hydrocortisone, qui l'améliore très vite mais laisse subsister un fond d'anxiété. Le méprobamate le dissipe en quelques jours. On propose bientôt une permission à Mme B... : presque instantanément elle rechute et développe des préoccupations hypocondriaques intenses et dramatiques sur le mode obsessionnel. Le 4560 et les hypnotiques restent sans effet, tandis que la malade réclame avec insistance du méprobamate. On commence par lui en donner 1 gr. 60 par jour. Rien n'est modifié, pas même le fond anxieux. Mme B... demande cependant à continuer le méprobamate qui, seul, dit-elle, lui permet d'avoir un sommeil normal. L'amélioration ne surviendra finalement qu'après une série de novocaïne intraveineuse puis une cure mixte 4560-réserpine à hautes doses ; une permission est aujourd'hui envisagée avec plaisir.

OBSERVATION 6. — Mme P..., 66 ans : mélancolie hypocondriaque sénile ancienne. Très améliorée par une cure de sommeil suivie d'un traitement d'hydrocortisone, mais rechute presque immédiate. En quelques jours, le méprobamate apaise les diverses cénestopathies. Notre stock étant épuisé, nous le remplaçons par du 4560, mais très vite réapparaissent des troubles variés, vertiges, nausées, etc... La malade insiste alors vivement pour rece-

voir à nouveau du méprobamate ; dès lors, elle en prendra pendant plusieurs semaines, ce qui n'empêche pas, malgré l'accroissement des doses jusqu'à 2 gr. 40, la réapparition intermittente des phénomènes cénesthésiques.

OBSERVATION 7. — Mme Q..., 61 ans, ancienne tuberculeuse pulmonaire, présente une mélancolie hypocondriaque sénile. Rechute trois mois après la première série d'électro-chocs. Une seconde série n'entraîne qu'une amélioration imparfaite avec persistance de quelques idées hypocondriaques et d'un fond anxieux. 10 gr. de méprobamate, administrés en quelques jours, effacent tout. La malade part en permission, mais rentre deux jours plus tard dans le même état que précédemment. On a malheureusement manqué de méprobamate pour faire une nouvelle cure.

OBSERVATION 8. — Mme Mal..., 61 ans, mélancolie hypocondriaque présénile. Négation d'organes et de fonctions. Refus d'alimentation. On la met, dès son entrée, au méprobamate, à raison de 1 gr. 60 par jour. L'alimentation se normalise vite, tout en restant niée. Par contre, les idées délirantes sont inchangées : aussi, après trois semaines de cure à 1 gr. 60, puis à 2 gr. 60 par jour, arrête-t-on le méprobamate pour mettre la malade en cure de sommeil avec 4560 + phénergan + eunocet. Vers la fin de la seconde semaine de celle-ci, apparaît un intense syndrome confuso-onirique, très probablement d'origine toxique. On cesse alors les médications précédentes et l'on remet Mme Mal... à 1 gr. 60 par jour de méprobamate. Une amélioration rapide et globale est observée, mais une nouvelle interruption des fournitures oblige à nouveau à interrompre le méprobamate, qui est remplacé par du 4560. La malade vient bientôt nous voir, se plaignant d'être « rendue saoule » par ce produit et redemande du méprobamate. Elle est actuellement sortie guérie depuis deux mois.

Ces quatre cas, presque identiques, mettent particulièrement en valeur certaines caractéristiques de l'action du méprobamate :

la première, et la plus digne d'intérêt, est la préférence qu'ont les malades pour ce produit : en cours de traitement, ils insistent pour qu'on le poursuive, et ultérieurement le redemandent. Des faits semblables ont été observés par Selling aux Etats-Unis ; il utilisa alors des placebos dont l'effet fut constamment nul. La première explication est que le méprobamate n'entraîne, ni la somnolence prolongée des barbituriques, ni les vertiges et autres malaises du 4560 : cette absence de toute toxicité joue un rôle certain. Mais il y a très probablement d'autres facteurs : il ne semble pas s'agir d'une assuétude que tous les auteurs américains ont écartée : pour nous, il s'agirait plutôt de l'effet du méprobamate sur le sommeil ; on sait qu'il le régularise, entraînant un repos calme, dénué de rêves. Cette action hypnogène originale est peut-être essentielle, les troubles du sommeil paraissant en effet particulièrement fréquents chez les malades du type précédent ;

la seconde remarque à faire est que le méprobamate semble avoir

une action focalisée sur un symptôme isolé, variable d'un cas à l'autre (anxiété, sommeil, alimentation, etc...) plus qu'une action globale sur la maladie prise comme un tout ;

en troisième lieu, les rechutes sont presque fatales, et bien souvent ne sont plus sensibles au méprobamate.

Nous voulons aussi signaler l'opposition qui existe entre ces quatre mélancolies hypocondriaques préséniles, toutes bénéficiaires du méprobamate, et trois cas de mélancolie banale, de forme stuporeuse, qui se montrèrent absolument rebelles à ce même traitement.

Pour finir, nous présenterons deux observations visant à apprécier l'emploi simultané ou successif du méprobamate et de la chlorpromazine.

OBSERVATION 9. — Mme L..., 43 ans, vieille déséquilibrée, est internée pour la quatrième fois à la suite d'interactions de palier. L'appoint éthylique est évident. Réaction dépressive nette. Tentatives de suicide antérieures. Mise au méprobamate dès son arrivée, la malade s'améliore très rapidement : diminution de la réticence, atténuation de l'angoisse du réveil, s'occupe à l'atelier, souriante et détendue. Mise au largactil après l'arrêt du méprobamate, Mme L... vient peu après protester : « Le largactil, ça m'empêche d'être moi-même », et redemande du méprobamate.

OBSERVATION 10. — Mme C..., 67 ans, mélancolie présénile, avec idées de suicide non modifiées par une cure de sommeil et deux séries d'électro-chocs. Pendant quinze jours, reçut 1 gr. 60 de méprobamate et 100 mgr. de 4560 par jour. On observa une reprise de l'alimentation, une nette atténuation de l'anxiété. Le méprobamate arrêté, Mme C... resta au 4560, ce qui n'empêcha pas une rapide rechute.

Dans ces deux cas, l'efficacité de l'association ne semble pas avoir été supérieure à celle du méprobamate seul. Il semble même qu'il faille éviter l'emploi du 4560 après une cure de méprobamate, l'action relaxante et dénuée de toxicité de ce dernier entraînant généralement le refus du premier.

Bien d'autres associations demandent à être étudiées à côté de celle-ci ; en effet, nous restons convaincus que le méprobamate, par son action symptomatique, restera une thérapeutique d'appoint.

Que dire pour conclure ? Tout d'abord, que nos résultats, comparés à ceux de nos collègues américains, sont décevants ; sans doute, avons-nous dit d'emblée ce qui s'opposait à une étude comparative féconde. Cependant, il en est de même pour les statistiques très récemment publiées par Collomb et collaborateurs ; ainsi, un chiffre d'échecs global inférieur à 20 % nous étonne beaucoup, tant il est infime par rapport au nôtre ; de même, n'avons-nous jamais retrouvé la « très nette action anti-hallucinatoire » isolée par ces auteurs. Nous sommes toutefois entièrement d'accord avec eux sur deux points :

l'action partielle, dissociée du produit ;
son efficacité contre l'anxiété.

Nous y ajouterons, pour notre part, une troisième caractéristique intéressante : c'est la facilité avec laquelle les malades adoptent le méprobamate, ce qui en fait le sédatif le plus facilement et le plus généralement utilisable. Cela va de pair avec l'emploi qu'en préconisent de toutes récentes publications américaines, en tant que prémédication de la convulsivothérapie et même de la psychothérapie.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. SELLING : *J.A.M.A.*, 157, 1955. — 2. BORRUS : *J.A.M.A.*, 157, 1955. — 3. BERGER : *J. of Pharm. et Exp. Therap.*, 100, 1950. — 4. BERGER : *J. of Pharm. et Exp. Therap.*, 112, 1954. — 5. THAL : *Dis. Nerv. Syst.*, 17 février 1956. — 6. GIBBS : *Un published report*. — 7. FELDMAN : *Un published report*. — 8. RAVINA : *Presse médicale*, 1955, 63, n° 61. — 9. COLLOMB, MILETTO, CHAUPIN : *Rev. Prat.*, 1956, 6, 11.

Données statistiques sur le tabagisme en France, par M. UEBERSCHLAG.

Parti de la constatation clinique sans doute simpliste que tout alcoolique était toujours aussi un fumeur, nous pensions qu'il devait exister un certain rapport entre les deux toxicomanies et espérons que ce rapport permettrait d'établir ce qu'on aurait pu appeler un « indice d'appétence toxico-maniaque ».

Nous avons donc tout d'abord calculé la quantité de tabac consommée par individu dans chaque département au cours de l'année 1954 en divisant évidemment les quantités consommées par département (*) par la population recensée au cours de la même année 1954.

Voici les résultats de cette division :

	kg.
1. Seine	1,926
2. Moselle	1,833
3. Alpes-Maritimes	1,738
4. Bouches-du-Rhône	1,684
5. Pas-de-Calais	1,673
6. Basses-Alpes	1,624
7. Var	1,617
8. Somme	1,615
9. Hautes-Pyrénées	1,611
10. Meurthe-et-Moselle	1,606

(*) Nous tenons à remercier très spécialement M. le Secrétaire d'Etat aux Affaires économiques et M. le Docteur Baratgin, Sénateur-questeur du Conseil de la République, qui ont bien voulu nous communiquer ces chiffres.

11. Vaucluse	1,572
12. Oise	1,552
13. Seine-et-Marne	1,545
14. Seine-Maritime	1,534
15. Ardennes	1,525
16. Haut-Rhin	1,497
17. Aisne	1,494
18. Eure	1,494
19. Nord	1,493
20. Vosges	1,489
21. Rhône	1,488
22. Haute-Garonne	1,480
23. Savoie	1,471
24. Hautes-Alpes	1,457
25. Calvados	1,456
26. Aube	1,453
27. Haute-Savoie	1,446
28. Finistère	1,442
29. Bas-Rhin	1,437
30. Pyrénées-Orientales	1,433
31. Isère	1,424
32. Nièvre	1,424
33. Ariège	1,421
34. Marne	1,404
35. Saône-et-Loire	1,404
36. Seine-et-Oise	1,403
37. Haute-Saône et Belfort	1,402
38. Doubs	1,378
39. Haute-Marne	1,369
40. Yonne	1,362
41. Lozère	1,359
42. Meuse	1,356
43. Drôme	1,351
44. Corrèze	1,346
45. Gard	1,345
46. Cantal	1,344
47. Côte-d'Or	1,333
48. Cher	1,329
49. Eure-et-Loir	1,314
50. Puy-de-Dôme	1,312
51. Jura	1,307
52. Aude	1,304
53. Basses-Pyrénées	1,299
54. Loire	1,297
55. Gironde	1,296
56. Loiret	1,292
57. Loir-et-Cher	1,290

58. Allier	1,290
59. Charente-Maritime	1,261
60. Creuse	1,256
61. Hérault	1,243
62. Haute-Vienne	1,236
63. Landes	1,233
64. Tarn	1,232
65. Haute-Loire	1,229
66. Ardèche	1,220
67. Gers	1,210
68. Ain	1,189
69. Lot-et-Garonne	1,189
70. Tarn-et-Garonne	1,189
71. Charente	1,182
72. Aveyron	1,181
73. Indre-et-Loire	1,179
74. Côtes-du-Nord	1,172
75. Lot	1,164
76. Manche	1,150
77. Indre	1,147
78. Orne	1,127
79. Morbihan	1,119
80. Loire-Inférieure	1,119
81. Deux-Sèvres	1,107
82. Sarthe	1,087
83. Dordogne	1,087
84. Vienne	1,074
85. Maine-et-Loire	1,028
86. Ille-et-Vilaine	0,986
87. Vendée	0,955
88. Mayenne	0,918

Ces chiffres nous permettent de faire immédiatement une première constatation, à savoir : que le tabagisme est certainement lié à la concentration urbaine et industrielle de la population. Mais, en ce qui concerne le parallélisme entre le tabagisme et l'alcoolisme, la statistique paraît démontrer de façon évidente que, non seulement ce parallélisme n'existe pas, mais qu'il semble bien au contraire y avoir antinomie entre la consommation de tabac et la morbidité alcoolique.

En effet, si nous énumérons dans l'ordre les 20 départements où la morbidité alcoolique(*) est la plus élevée, à savoir :

(*) Le taux de morbidité alcoolique est une moyenne sur trois ans des taux rapportés à 10.000 habitants des mortalités par cirrhose du foie et par alcoolisme aigu et des entrées pour psychose alcoolique dans les hôpitaux psychiatriques, nous en devons la communication à l'extrême obligeance de M. le Docteur Aujaleu, Directeur de l'Hygiène sociale au Ministère de la Santé publique et de la Population.

Loire-Inférieure	15,58
Morbihan	11,27
Mayenne	8,70
Orne	8,30
Côtes-du-Nord	8,26
Haut-Rhin	7,64
Ille-et-Vilaine	7,56
Calvados	7,56
Finistère	7,19
Rhône	6,93
Tarn	6,87
Manche	6,84
Vienne	6,74
Seine	6,71
Vendée	6,61
Indre-et-Loire	6,48
Sarthe	6,46
Nièvre	6,39
Charente	6,22
Loire	6,11

nous observons que, sur les 10 départements où la morbidité alcoolique est la plus forte, on en retrouve 4 dans les 10 départements où le tabagisme est le plus faible (Morbihan, Loire-Inférieure, Mayenne, Ille-et-Vilaine), et que, parmi les 20 départements où la morbidité alcoolique est la plus forte, on en retrouve 12 parmi les 20 où la consommation de tabac est la plus faible, à savoir : Loire-Inférieure, Morbihan, Mayenne, Orne, Côtes-du-Nord, Ille-et-Vilaine, Manche, Vienne, Vendée, Indre-et-Loire, Sarthe, Charente.

Si nous comparons la consommation de tabac à la mortalité par cirrhose du foie, la relation est encore plus marquée puisque, sur les 11 départements où la mortalité par cirrhose du foie est la plus prononcée :

Loire-Inférieure	54
Morbihan	53
Mayenne	47
Ille-et-Vilaine	46
Haut-Rhin	42
Maine-et-Loire	41
Loire	41
Côtes-du-Nord	40
Rhône	39
Vendée	37
Dordogne	37

nous en retrouvons 7 parmi les 10 où la consommation de tabac est la plus faible.

Nous nous garderons de tirer des conclusions trop positives de tous ces chiffres, d'autant plus que nous sommes dans l'impossibilité de déterminer la consommation du tabac par sexe, mais nous pensons néanmoins qu'il y a quelque intérêt à les comparer, ne serait-ce que pour renoncer à trouver, à l'aide de statistiques, un « indice d'appétence toxico-maniaque ».

Dosage immuno-chimique des gamma-globulines du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales, par MM. J. DELAY, P. MOLLARET, P. BURTIN et T. LEMPERIÈRE.

Peu d'études ont été faites sur les variations sélectives des protéines du liquide céphalo-rachidien, ceci surtout en raison des difficultés inhérentes à leur faible concentration.

Les méthodes immuno-chimiques sont assez sensibles pour s'appliquer à ce problème. C'est ainsi que l'un de nous, avec Pocidalo (2), a mis au point une méthode permettant d'évaluer quantitativement les gamma-globulines du liquide céphalo-rachidien, grâce à l'emploi d'immunsérums préparés avec des gamma-globulines sériques. Nous avons pu ainsi étudier les gamma-globulines du liquide céphalo-rachidien, chez des malades atteints de diverses affections mentales.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. — *Matériel.*

a) Les liquides céphalo-rachidiens étudiés sont ceux de 108 malades. Quelques sujets ont subi deux ou plusieurs ponctions lombaires : nous avons ainsi examiné au total 122 liquides céphalo-rachidiens. Les liquides céphalo-rachidiens ont été conservés à 4°C. sans addition d'antiseptique. Ils ont, d'autre part, été l'objet des recherches habituelles : numération des éléments cellulaires, évaluation des protéines totales par la néphélémétrie ou la méthode de Sicard-Cantaloube et parfois par le réactif de Pandy, floculation par le benjoin colloïdal et, s'il y a lieu, recherche des réactions sérologiques de la syphilis.

b) Les immunsérums anti-gamma-globulines ont été obtenus par injections répétées à des lapins de gamma-globulines humaines préparées selon la méthode de Cohn, et précipitées par l'alun d'ammonium. Leur teneur en anticorps précipitants a été dosée par la méthode de Heidelberger ; l'absence d'anticorps contre d'autres protéines sériques a été appréciée par la méthode d'Ouchterlony.

II. — *Méthodes.*

Nous rappelons brièvement les principaux points de la méthode, qui consiste à apprécier l'opacité produite dans un temps donné par

le mélange d'un immunosérum spécifique et de liquide céphalo-rachidien (grâce aux gamma-globulines qu'il contient).

Habituellement nous ajoutons, dans un tube à hémolyse à 0,25 millilitre d'immunosérum, 0,75 millilitre de liquide céphalo-rachidien à examiner et nous complétons à 1,5 millilitre avec une solution saline physiologique.

Après mélange soigneux, nous laissons le tube dix minutes dans un bain-marie réglé à 20°C. Puis nous lisons l'opacité dans un photomètre tricellules Jobin et Yvon, employé en diffusion. Le zéro de l'appareil est fait sur un tube-témoin contenant 0,25 millilitre d'immunosérum et 1,25 millilitre de solution saline physiologique. L'étalonnage de l'appareil est obtenu en faisant réagir l'immunosérum avec des quantités connues d'une solution fraîchement préparée de gamma-globulines. La courbe de référence est logarithmique, et n'a qu'une sensibilité très faible au-delà d'une quantité de 60 millilitres de gamma-globulines pour 0,25 millilitre d'immunosérum. C'est-à-dire que le volume de 0,75 millilitre de liquide céphalo-rachidien habituellement employé est parfois trop grand, il faut alors en utiliser 0,25 millilitre en augmentant parallèlement la quantité de solution saline physiologique.

Quelques mesures ont été faites avec l'électro-colorimètre Bonet-Maury, en utilisant un volume total de 1 millilitre (0,50 millilitre d'immunosérum et 0,50 millilitre de liquide céphalo-rachidien : l'immunosérum employé alors était moins riche en anticorps précipitants que le lot suivant, qui a servi à la presque totalité de nos dosages). La courbe d'étalonnage est alors linéaire.

RÉSULTATS

Nous rappellerons d'abord que nous estimons normaux les chiffres de gamma-globulines compris entre 20 et 40 microgrammes de gamma-globulines par millilitre.

I. — Les résultats varient beaucoup d'un groupe nosologique à l'autre. Voici quelle était la répartition des résultats dans chacun des six groupes étudiés :

a) *Paralysie générale (10 malades)*. — Tous les résultats étaient franchement anormaux ; dans 7 cas, les chiffres étaient supérieurs à 100 microgrammes par millilitre, pouvant même atteindre jusqu'à 300 microgrammes par millilitre. Dans les 3 autres cas, qui étaient des paralysies générales anciennes, apparemment fixées et non évolutives, les chiffres étaient encore très anormaux, entre 60 et 80 microgrammes par millilitre.

Chez un de nos malades, la ponction lombaire a été pratiquée à trois reprises, nous permettant de suivre l'évolution sous l'influence du traitement et nous montrant un abaissement de 160 gammas au

premier examen à 130 gammas au troisième examen pratiqué un an plus tard.

b) *Schizophrénie (25 malades)*. — La grande majorité des résultats étaient normaux ou même faibles. Nous avons trouvé, en effet, 8 liquides céphalo-rachidiens contenant moins de 20 microgrammes par millilitre et 10 liquides céphalo-rachidiens contenant 20 à 30 microgrammes par millilitre.

Cinq malades avaient des résultats plus élevés, entre 35 et 40 microgrammes par millilitre, parmi lesquels l'un avait subi récemment une lobotomie.

Deux seulement avaient des résultats franchement anormaux : l'un (47 microgrammes par millilitre) présentait une catatonie aiguë, l'autre (75 microgrammes par millilitre) avait subi quelques mois auparavant une lobotomie.

Chez un de nos malades, la ponction lombaire a été pratiquée à deux reprises, avant et après une série d'électro-chocs ; les résultats étaient identiques dans les deux cas (28 microgrammes par millilitre).

c) *Psychoses délirantes chroniques (20 malades)*. — Nous avons réuni sous ce vocable tous les malades présentant une psychose délirante évoluant depuis plusieurs années sans affaiblissement démentiel ni désagrégation schizophrénique.

Sept de nos malades avaient des résultats franchement anormaux, s'élevant entre 45 et 80 microgrammes par millilitre.

Onze avaient des chiffres normaux, entre 20 et 40 microgrammes par millilitre, et deux des chiffres légèrement inférieurs à 20 microgrammes par millilitre.

Nous n'avons trouvé aucune explication aux résultats anormaux trouvés chez plus du tiers des malades de ce groupe. Aucun de ces malades ne présentait de syphilis nerveuse ni d'affection cérébrale organique. Nous n'avons noté aucune particularité évolutive dans l'histoire de leur maladie.

d) *Psychose maniaco-dépressive (10 malades)*. — Toutes les ponctions lombaires ont été pratiquées au cours même des accès maniaques ou dépressifs. Dans aucun cas il ne s'agissait de mélancolie d'involution.

Neuf malades avaient des résultats normaux ou faibles ne dépassant pas 30 microgrammes par millilitre.

Un seul avait un résultat subnormal à 40 microgrammes par millilitre, mais ce sujet avait eu, un an auparavant, un traumatisme crânien grave.

e) *Bouffées confuso-délirantes (20 malades)*. — Dans treize cas, il s'agissait d'un épisode subaigu de l'alcoolisme chronique ; dans les autres cas, aucune étiologie n'a été retrouvée.

Les résultats sont très variables. Dans sept cas, les résultats dépass-

sent 40 microgrammes par millilitre dont quatre au-delà de 50 microgrammes par millilitre.

Dans onze cas, les liquides céphalo-rachidiens étaient normaux entre 20 et 40 microgrammes par millilitre ; dans deux cas, les chiffres étaient inférieurs à 20 microgrammes par millilitre.

La variabilité de ces résultats est fonction de l'évolution de la bouffée confusionnelle. Pratiquée dans les premiers jours de l'accès, la ponction lombaire donne toujours des résultats élevés. A l'inverse, les liquides céphalo-rachidiens prélevés plus de quinze jours après la fin de l'accès sont normaux. Chez deux malades, les ponctions lombaires pratiquées ainsi, au cours et au décours de l'accès, nous ont montré le retour à la normale du taux de gamma-globulines.

f) *Etats démentiels (23 malades)*. — Quatorze avaient des résultats anormaux dépassant 40 microgrammes par millilitre, parmi lesquels neuf dépassaient même 50 microgrammes par millilitre.

Sept avaient des résultats normaux et deux des résultats un peu faibles, inférieurs à 20 microgrammes par millilitre.

Il existe un parallélisme presque constant entre le taux des gamma-globulines et l'évolutivité du processus démentiel. Les états démentiels anciens, relativement fixés, avaient des résultats normaux. Par contre, lorsque l'affaiblissement intellectuel paraissait remonter à moins d'un an, ou lorsqu'il y avait une poussée évolutive de la maladie, les chiffres étaient toujours très élevés.

Nous avons observé quatre fois, par des ponctions lombaires répétées, la baisse de gamma-globulines au cours de l'évolution ; à un an d'intervalle, tel malade passe de 53 à 24 microgrammes par millilitre, tel autre de 40 à 27 microgrammes par millilitre. Parfois, la diminution est même plus rapide : de 60 à 40 microgrammes par millilitre en un mois.

Ces résultats paraissent valables quelle que soit l'étiologie du processus démentiel (démence présénile, démence éthylique, démence artérioscléreuse, démence épileptique). Nous faisons remarquer cependant qu'aucun de nos malades ne présentait de démence sénile.

II. — Nous avons comparé ces résultats avec ceux des autres examens portant sur les protéines du liquide céphalo-rachidien.

La confrontation avec l'évaluation des protéines totales s'est montrée parfois décevante. Dans un certain nombre de cas, le taux des gamma-globulines paraît monter plus vite que celui des protéines totales ; ceci se rencontre en particulier dans les paralysies générales où l'on trouve, par exemple, 0,22 de protéines totales et 80 microgrammes de gamma-globulines, ou encore 0,45 de protéines totales et 300 microgrammes de gamma-globulines.

Dans d'autres cas, la dissociation paraît inverse : gamma-globulines normales alors que les protéines totales sont augmentées. Mais nous

ne saurions donner une valeur formelle à cette comparaison, en raison du manque de précision et parfois de l'inexactitude des procédés habituels d'évaluation des protéines totales du liquide céphalo-rachidien.

Lorsque le test de Pandy a été positif ou subpositif, presque toujours le taux de gamma-globulines s'est trouvé augmenté ou subnormal. Mais, à l'inverse, le test peut être négatif avec des chiffres de gamma-globulines tout aussi élevés. La corrélation entre les deux épreuves est donc loin d'être parfaite.

La comparaison avec l'épreuve de benjoin colloïdal a donné les résultats suivants :

Lorsque la floculation par le benjoin colloïdal a été franchement anormale, le taux des gamma-globulines s'est toujours montré élevé ou à la limite supérieure de la normale, à l'exception d'un cas. Mais, plusieurs fois, la zone de floculation du benjoin colloïdal s'est trouvée légèrement étalée sur la droite (floculation à un dans le 11^e tube) alors que le taux des gamma-globulines du liquide céphalo-rachidien était normal. A l'inverse, les gamma-globulines peuvent atteindre et même dépasser légèrement 50 microgrammes par milligramme sans que le benjoin colloïdal révèle la moindre anomalie.

DISCUSSION

1) *Valeur des résultats.* — Aucune autre étude immuno-chimique n'a été faite sur les gamma-globulines des liquides céphalo-rachidiens dans les affections mentales. Nous ne pouvons donc discuter que les résultats fournis par d'autres méthodes beaucoup moins spécifiques. C'est ainsi que, dans la schizophrénie, plusieurs auteurs, se basant en particulier sur le test de Nonne (opacité produite par le sulfate NH_4 à demi-saturation) ont affirmé qu'il y avait une augmentation des globulines dans la majorité des cas. Nous avons, au contraire, trouvé presque toujours des chiffres normaux ou bas, mais la dissemblance des méthodes rend difficilement comparables leurs résultats.

2) *Signification des résultats.* — A quoi peut correspondre l'augmentation des gamma-globulines trouvées dans certains cas ? S'agit-il d'un processus inflammatoire ou d'une transsudation accrue de l'ensemble des protéines sériques ? Il nous est impossible de trancher ce problème, faute d'avoir des dosages précis des protéines totales ou, à défaut, un dosage immuno-chimique de la sérumbalbumine, comme l'ont fait Kabat et ses collaborateurs. Cependant, les études immuno-électrophorétiques ont montré que les protéines du liquide céphalo-rachidien n'étaient pas exactement les mêmes que celles du sérum (en particulier la B2-globuline a une répartition électrophorétique différente et est proportionnellement beaucoup plus abondante dans le liquide céphalo-rachidien). Aussi, le mécanisme de la transsudation ne doit-il pas être invoqué sans réserves.

3) Les résultats que nous apportons peuvent-ils éclairer dans une certaine mesure la physiopathologie des maladies mentales ? Il semble que oui, au moins dans certains cas, en dépit des réserves mentionnées dans les précédents paragraphes.

Dans la syphilis nerveuse, le taux des gamma-globulines reste élevé, même dans les cas fixés, apparemment guéris, évoquant la persistance d'un processus inflammatoire.

A l'inverse, dans les psychoses maniaco-dépressives, même en plein accès, la teneur des liquides céphalo-rachidiens en gamma-globulines reste normale ou même faible, ce qui exclut à nos yeux la possibilité d'un processus inflammatoire. Il en est de même pour la plupart des schizophrènes.

Dans les bouffées confuso-déirantes et les états démentiels, l'augmentation des gamma-globulines est un signe indiscutable d'évolutivité.

Enfin, dans les psychoses déirantes chroniques, le taux des gamma-globulines est assez souvent élevé, sans qu'on puisse jusqu'à présent donner d'explication à ces variations.

Rappelons à ce propos que, Abély, Royer et Durand (1) signalent la présence, dans un tiers des cas de psychose hallucinatoire chronique, d'une précipitation du benjoin colloïdal de type méningitique, que Courtois et Beley (3) la retrouvent chez 20 % des déirants chroniques, que Dide (4) la considère comme constante au cours des confusions toxi-infectieuses (post-épileptique, puerpérale, infectieuse) et toujours absente dans les états confuso-oniriques schizophréniques.

Conclusion. — Le dosage immuno-chimique des gamma-globulines du liquide céphalo-rachidien fournit des renseignements qui semblent très intéressants dans l'étude des maladies mentales.

Deux ordres de faits paraissent importants à souligner :

Il y a augmentation du taux des gamma-globulines au cours des confusions mentales d'origine toxi-infectieuse alors que ce taux reste normal au cours des bouffées confusionnelles ou des épisodes oniroïdes de la schizophrénie.

Le taux des gamma-globulines est normal ou inférieur à la normale dans la schizophrénie. Il est souvent élevé au cours des psychoses déirantes chroniques.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. ABÉLY (P.), ROYER (J.), DURAND (Ch.) : La précipitation du type méningitique du benjoin colloïdal (réaction tardive) rencontrée dans certains cas de psychose hallucinatoire chronique. *Annales médico-psychologiques*, 1935, I, 311-320. — 2. BURTIN (P.) et POCIDALO (J. J.) : Etude quantitative des gamma-globulines dans le liquide céphalo-rachidien par une méthode immuno-chimique. *Presse médicale*, 1954, 1072-1074. — 3. COURTOIS (A.) et BELEY (A.) : Le liquide céphalo-rachidien témoin de maladies cérébrales qui conditionnent certains délires chroniques. *Annales médico-psychologiques*, 1935, II, 109-112. — 4. DIDE (M.) : La réaction du benjoin colloïdal dans la confusion mentale toxi-infectieuse. *Revue neurologique*, 1922, I, 92-93.

DISCUSSION

M. Léo. — Avez-vous fait parallèlement des électrophorèses dans le sang ? Il serait intéressant, puisque ces dernières sont plus faciles, de savoir si on peut les considérer comme un reflet de celles du liquide céphalo-rachidien.

Si, comme l'admettent certains auteurs, les gamma-globulines sont le support des anticorps et témoignent d'un processus inflammatoire, leur diminution ne traduit-elle pas un épuisement des moyens de défense, comme j'ai pu le constater récemment chez un enfant ayant présenté plusieurs poussées d'encéphalite. L'apport des gamma-globulines, quand elles sont déficitaires, paraît *à priori* raisonnable ; il m'a semblé une fois bienfaisant.

Vos constatations répondent à notre conception des psychoses (1), où nous voyons une conséquence d'un processus infectieux ou d'une allergie consécutive.

Pour interpréter la diminution des gamma-globulines dans les schizophrénies, peut-être faudrait-il tenir compte de la durée d'évolution, du moment de la maladie. Il est probable qu'à la phase initiale on eût trouvé une augmentation (sauf dans les formes constitutionnelles selon la conception de M. Marchand), mais est-il facile de saisir et d'identifier la phase initiale de la schizophrénie ?... Régis, au début, la confondit avec la confusion mentale, et dans les confusions vous trouvez, nous dites-vous, une augmentation des gamma-globulines.

Enfin, le taux des gamma-globulines ne peut être apprécié, je crois, qu'en fonction des protéines totales. Par exemple, une diminution de 10 % des gammas en présence d'une diminution de 20 % des protéines totales, doit être interprétée comme une augmentation des gamma-globulines.

Ce n'est pas un des moindres intérêts de votre communication que d'accréditer, par ces voies nouvelles, des hypothèses que la clinique, la neurologie, l'histopathologie avaient fait naître.

L'orientation de vos recherches situe la psychiatrie dans une perspective médicale et scientifique autrement féconde et prometteuse que certains engouements (ludothérapie, récréation-thérapie, etc...thérapie).

Mesures à prendre à l'égard de certaines familles récalcitrantes, notamment en cas de refus de visites, d'opposition systématique à la sortie, ou de faux témoignage. Utilité de l'article 13, de la curatelle et des enquêtes à domicile, par M. H. BARUK.

Si, dans la majorité des cas, la famille constitue le milieu naturel où le malade doit trouver la sollicitude et le dévouement et si, pour cette raison, la loi de 1838 donne à la famille une importance primordiale dans les mesures d'internement ou de sortie des malades, principalement dans le cas de placement volontaire, il existe néanmoins des cas où la famille se désintéresse totalement du malade, ou lui est résolument hostile, ou bien encore cherche à l'exploiter. Les dispositions légales ou encore les usages dans leur application présentent

(1) A propos de quelques observations, hypothèses étiologiques des psychoses, par P. Léo, Mlle G. ELOY et J.-P. DUFLOT, *Annales médico-psychologiques*, juillet 1955.

à ce sujet des lacunes qu'il importe de combler au plus tôt. Ces défaillances de la famille peuvent revêtir plusieurs modalités.

1) Dans le premier cas, la famille se désintéressant du malade ne vient pas le visiter, et ne répond pas au médecin lorsque celui-ci insiste auprès d'elle pour ces visites utiles au malade. Parfois même, le médecin se heurte à un refus délibéré. Malheureusement, si ses objurgations ne sont pas écoutées sur le plan moral, il ne dispose d'aucun moyen légal pour obliger la famille à faire son devoir. Il serait utile également qu'il existe des organisations disposant de personnes dévouées et compétentes pour visiter dans les hôpitaux psychiatriques les malades dépourvus de familles ou abandonnés par leur famille. Il faudrait organiser ainsi une véritable curatelle comme celle dont profitent heureusement les malades victimes de la guerre.

2) Très souvent, cette carence de la famille cache une arrière-pensée : la crainte de la guérison et de la sortie du malade. Par exemple, un de nos malades atteint d'un délire hallucinatoire d'origine hépato-éthylique, dont nous avons publié l'observation dans notre ouvrage de « Psychiatrie morale expérimentale » était régulièrement visité jusqu'au jour où, à la suite de l'amélioration considérable de son état, sa sortie devenait imminente. Sa femme, qui jusque-là paraissait dévouée, devint réticente, et finalement s'opposa à la sortie. Nous avons alors appris que la femme avait « organisé » sa vie, en prenant un autre compagnon et, d'autre part, en se substituant à son mari malade dans la place qu'il occupait dans une importante maison. Néanmoins, cette femme céda à nos menaces d'intervention par une autre voie en cas de refus, et le malade sortit, reprit sa place dans sa maison et divorça ensuite. Sa conduite fut irréprochable et il parvint à une belle situation. Malheureusement, il devait mourir de nombreuses années après d'une cirrhose du foie sans avoir jamais présenté d'autres troubles mentaux.

3) Dans d'autres cas, l'opposition à la sortie de certaines familles se manifeste par des actes plus graves, par des dénonciations calomnieuses, soit au médecin, soit à la préfecture, ou même par de véritables machinations.

C'est ainsi que la femme d'un de nos malades, interné avec le diagnostic de démence sénile et de troubles sexuels, avait envoyé à tous ses amis et connaissances des faire-part de la mort de son mari aussitôt qu'il avait été interné. Un jour, un ami du malade, venant visiter un autre malade dans l'établissement, fut stupéfait de rencontrer, se promenant dans la cour d'honneur, notre malade, qu'il croyait mort et enterré d'après le faire-part envoyé par sa femme. Il nous fit part de cette stupéfaction, et ceci devait d'ailleurs nous ouvrir les yeux sur l'action de la femme après d'autres incidents. Quelque temps

(1) *Psychiatrie morale expérimentale*, 2^e édition, Presses Universitaires de France, pp. 70 à 74.

après, en effet, nous avons appris qu'un certain dimanche matin où nous devions ne pas passer notre visite, un banquet clandestin avait été organisé dans le service, dans la bibliothèque des malades, par la femme de ce malade, avec d'autres personnes du dehors, avec certains pervers, et bien entendu avec la complicité de certains infirmiers. Contrairement à ce qui avait été annoncé, nous sommes venus ce matin-là passer notre visite, et en arrivant au bas de l'escalier qui menait à cette bibliothèque, nous fûmes arrêtés par un vieux paralytique général paraissant très affaibli qui, avec une forte dysarthrie, nous dit : « Vous devriez bien monter en haut, on ne s'y ennuie pas » ; malheureusement, nous n'avons pas suivi ce conseil, et ce fait nous a montré ensuite l'importance de ne négliger aucun témoignage, même de malades paraissant affaiblis, quitte bien entendu à les critiquer par des enquêtes rigoureuses. Mais le fait nous a été révélé le lendemain.

Sur ces entrefaites notre malade, qui n'était pas dément sénile mais qui avait seulement présenté un accès dépressif qui avait guéri, était en état de sortir. Comme il était placé d'office, nous avons demandé la sortie à la préfecture, mais cette sortie fut refusée. Très étonné, nous sommes allé nous-même à la préfecture de police demander le motif de ce refus. On nous répondit que le refus avait été motivé par un témoignage de la femme ayant accusé son mari de s'être livré à des pratiques homosexuelles dans le service, et d'avoir donné lieu à un scandale. Tout ce témoignage était une pure invention. Après une enquête minutieuse, la femme du malade, interrogée par nous, reconnut son mensonge, et dut accepter de retourner à la préfecture restituer la vérité. Le malade sortit. On apprit alors des opérations financières frauduleuses faites par la femme à la faveur de l'internement de son mari, et un divorce fut prononcé.

Plus récemment, un de nos malades, ancien magistrat, était très peu visité. Sa famille se bornait à son ancienne femme divorcée, à un fils malade, et à deux filles, dont l'une semblait redouter particulièrement la moindre perspective d'amélioration et de sortie de son père. Le malade souffrant de l'absence de visites, nous avons écrit de nombreuses fois à sa fille et insisté énormément auprès d'elle pour qu'elle vienne. Elle répondait sans cesse en arguant d'impossibilités diverses (voyages, maladies, etc...). Cependant, la fille insistait pour que le malade soit rigoureusement enfermé dans une chambre et privé de promenades dans le jardin, exigence qu'il était impossible d'accepter. Sur ces entrefaites, nous apprenons que la préfecture est inquiète du fait qu'on aurait révélé au malade des éléments du dossier et spécialement le rôle de sa fille dans son internement. Nous nous rendons à la préfecture, et quelle ne fut pas notre stupéfaction d'y trouver la fille du malade, qui cependant venait de nous écrire qu'elle était malade au lit et dans l'impossibilité de quitter la chambre pour visiter son père. Les soi-disant révélations au malade étaient fausses,

et n'étaient que la traduction des inventions de la fille, terrorisée à l'idée d'une amélioration ou d'une sortie éventuelle de son père.

En pareil cas, il serait nécessaire que la préfecture elle-même se livre à une confrontation et à une critique de tous les témoignages, et que, lorsqu'il y a désaccord entre une famille et le médecin, celui-ci soit au moins entendu et consulté, son témoignage ne devant pas être considéré *a priori* comme plus suspect que celui d'une famille qui peut être perturbée par des raisons d'intérêt préjudiciables au malade.

4) Dans d'autres cas, la famille peut mettre une opposition à la sortie, même si le malade est guéri, et cette opposition est particulièrement gênante dans le cas de placement volontaire.

Le cas a été étudié à fond par le D^r Beaudoin, dans un intéressant travail aux *Annales médico-psychologiques* et dans le t. II de son beau livre « L'assistance psychiatrique française » (1). Dans ce travail, le D^r Beaudoin rappelle qu'il avait vu une solution du problème dans l'application de l'article 16 de la loi de 1838 stipulant : « Le préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les asiles d'aliénés », mais comme le remarque justement le D^r Beaudoin, et comme cela s'est produit dans son cas, la préfecture de police hésite souvent à recourir à cet article, et préfère alors s'en remettre à l'autorité judiciaire.

Récemment, nous avons eu dans notre service un vieillard de 86 ans venant de la maison de santé du D^r Bonhomme, avec un certificat mentionnant un accès hypomaniaque récent avec idées revendicatrices. Nous avons observé attentivement ce vieillard, étonnamment vert pour son âge, et comme il ne présentait plus aucun signe d'hypomanie, que sa lucidité était complète, qu'il ne présentait aucune manifestation paranoïaque ni aucun trouble du comportement, nous avons fait venir sa famille, composée de sa fille et de son gendre. La fille vint d'abord nous voir. A l'annonce de l'éventualité de sortie de son père, elle déclara se sentir très fatiguée et quitta notre bureau. Le lendemain son mari, le gendre du malade, nous téléphona qu'à la suite de l'annonce d'une possibilité de sortie de son père, sa femme était tombée malade et avait dû se mettre au lit, nous disant que son état ne lui permettait pas de supporter des nouvelles pareilles, en raison de sa grande émotivité. Nous avons alors demandé au gendre du malade mieux portant de venir nous voir et il se rendit à notre appel. Nous lui avons alors exposé que l'amélioration considérable du malade justifiait sa sortie. Sa seule réponse fut une opposition formelle avec menace, si on insistait, de voir « ses hommes de loi ». Nous avons renouvelé de façon très ferme notre demande expresse auprès de la fille et du gendre de signer la demande de sortie. Ceux-ci ayant manifesté par écrit leur opposition irréductible à toute sortie, nous

(1) H. BEAUDOIN : Chapitre « sortie ordonnée » : « L'assistance psychiatrique française » ; t. II : « La condition administrative et juridique des malades mentaux », pp. 137-146.

avons eu recours à l'article 16 et nous avons demandé au préfet de police, par un certificat détaillé, d'ordonner la sortie. Celui-ci envoya le médecin-inspecteur, qui constata comme nous l'état satisfaisant du malade, mais qui demanda, pour plus de sûreté, qu'avant d'ordonner la sortie, on fasse une enquête sur les raisons de l'opposition de la famille. Ces raisons étaient en effet peu claires. La famille faisait surtout état de lettres d'injures qui avaient été produites du malade à l'égard de sa femme, qu'il accusait de le tromper, et de mauvais traitements à l'égard de celle-ci. Mais celle-ci était morte depuis longtemps et il s'agissait de faits anciens. Le malade avait déjà été interné une fois dans un hôpital psychiatrique de province, et il semble que le médecin de cet hôpital ait eu aussi les plus grandes difficultés pour obtenir la demande de sortie de la famille. Celle-ci ne s'y était résolue que parce que le malade paraissait très affaibli et paraissait à bout de forces. Mais, contrairement aux apparences, il s'était rétabli et avait retrouvé sa santé dans une maison de retraite où il était bien soigné. Toutefois, la famille accusait le malade de faire des libéralités et de donner des pourboires trop élevés, notamment à une infirmière qui l'avait soigné durant une grippe, la famille suspectant le malade d'un certain « érotisme » à l'égard de cette infirmière. Un conflit s'était produit aussi au sujet d'une maison de campagne construite par le malade mais qu'il avait, semble-t-il, cédé à sa fille. Le malade aurait voulu revenir de temps en temps dans cette maison, qu'il considérait encore comme sa maison, et revoir le jardin dont il avait planté les arbres. La famille lui interdisait de revenir dans cette maison, et c'est à la suite d'une visite du malade dans cette maison que la famille fit saisir le malade dans la maison de retraite où il habitait et le fit conduire en maison de santé. La famille déclarait que le malade s'était rendu insupportable dans cette maison de retraite et que cela avait provoqué son internement.

L'enquête que nous avons faite auprès de la directrice de cette maison de retraite nous a montré que tout cela était faux. La directrice nous a affirmé que le comportement de notre malade avait toujours été excellent, qu'il était très estimé et que toute la maison avait même été bouleversée et indignée quand on l'a vu saisi et conduit en maison de santé. Il faut noter que nous avons appris récemment que cet enlèvement du malade avait été fait sans examen médical préalable, sans certificat médical, par conséquent de façon irrégulière.

A la suite du rapport du médecin-inspecteur et de la demande d'enquête, l'affaire fut passée au parquet, qui envoya un nouvel expert qui, impressionné par les déclarations de la famille, conclut au maintien du malade interné.

Cependant, notre observation nous confirmait toujours qu'il était injustifié de garder ce malade interné. Aussi, avons-nous eu recours alors à l'article 13 de la loi de 1838 : « Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les

médecins de l'établissement auront déclaré sur le registre énoncé en l'article précédent que la guérison est obtenue. » Certes, le D^r Beaudoin note que, « dans la pratique, il est exceptionnel que le médecin déclare la guérison par une indication au Livre de la Loi », et c'est en effet la première fois que nous avons eu recours à cette disposition, mais les faits que nous venons de relater en montrent néanmoins l'intérêt. Aussitôt l'inscription faite par nous, le directeur de l'établissement envoya un pneumatique à la famille de venir prendre aussitôt le malade, qui était sortant. La famille répondit par deux lettres de menaces, nous menaçant de nous poursuivre en dommages et intérêts au moindre incident qui surviendrait après la sortie. On pouvait craindre des provocations destinées à faire surgir ces incidents. C'est pourquoi, en plein accord avec le malade, nous avons conseillé à celui-ci de se rendre dans un service libre de son plein gré après sa sortie. Le D^r Porcher, médecin-chef de l'hôpital Henri-Rousselle, voulut bien le prendre, et le malade y fut conduit. Après l'avoir observé minutieusement, le D^r Porcher estima que le malade ne devait pas rester hospitalisé, et il le fit sortant. Le malade rentra alors dans la maison de retraite où il était auparavant.

5) Une autre méthode, lorsque la famille se montre indigne, soit pour les visites, soit par l'opposition à la sortie, est de réclamer la nomination d'un curateur à la personne, suivant l'article 38 de la loi de 1838, lequel, dit la loi, « devra veiller : 1) à ce que ses revenus soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison ; 2) à ce que ledit individu soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permettra ».

Dans un cas où une femme s'opposait systématiquement à la sortie de son mari pensionné de guerre, pour conserver l'allocation qu'elle recevait sur sa pension, nous avons demandé et obtenu une enquête du tribunal qui, après avoir confirmé les faits, a nommé sur notre demande un curateur, qui a fait ensuite sortir le malade et l'a rendu à sa sœur. Avant la nomination du curateur, l'opposition absolue de la femme faisait échec à la demande de sortie de la sœur. Le D^r Beaudoin, dans son ouvrage cité ci-dessus (p. 138), fait état d'une note de la préfecture de police adressée au directeur de son établissement, ainsi conçue : « J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'il est de jurisprudence constante à la préfecture de police de ne pas prendre parti dans un différend d'ordre familial à l'occasion d'un placement volontaire. » La nomination d'un curateur est donc la seule solution dans ce cas, à condition de trouver un curateur, ce qui parfois est assez difficile. Néanmoins, l'application de l'article 38 devrait être plus souvent employée.

6) Enfin, dans certains cas, il serait utile de recourir à une application réelle de l'article 10 de la loi concernant les enquêtes à domicile. En effet, tout placement volontaire doit être notifié au préfet et le préfet doit le notifier au procureur de l'arrondissement du domi-

cile de la personne placée, ainsi qu'au procureur de l'arrondissement de l'établissement ; ces procureurs ordonnent une enquête sur la légitimité de l'internement. En pratique, cette enquête n'est le plus souvent qu'une pure formalité, qui n'avait autrefois, avant la circulaire Rucard de 1938, que l'inconvénient de révéler trop souvent maladroitement l'internement dans la maison à l'entourage du malade. Si ces enquêtes doivent être discrètes et respecter le secret professionnel, cela ne veut pas dire qu'elles sont inutiles. Dans certains cas douteux, elles devraient être reprises à fond, même sur la demande du médecin. C'est ainsi qu'un de nos malades transféré d'un autre établissement est très peu visité. Le fils du malade oppose une fin absolue de non-recevoir pour venir voir le médecin. Divers témoignages laissent planer une suspicion sur le rôle du fils dans l'internement et dans l'exploitation des biens de son père. Dans un cas de ce genre, l'enquête à domicile doit être refaite par le Parquet, suivant l'article 10 de la loi de 1838.

Ainsi, bien des dispositions de la loi tombées en désuétude devraient être appliquées pour sauvegarder la liberté individuelle et assurer les soins convenables des malades.

DISCUSSION

M. X. ABÉLY. — Je voudrais apporter quelques précisions à l'intéressante communication de M. Baruk, en ce qui concerne l'opposition des parents à la sortie de leur malade placé volontairement. Il faut d'abord complètement distinguer dans le cas les deux modes de sortie organisés par la loi de 1838.

L'article 14 vise la sortie d'un malade non encore guéri sur requête d'un parent d'un ordre inférieur ne peut requérir la sortie que s'il n'existe pas a établi un ordre de priorité entre les membres de la famille, de sorte qu'un parent d'un ordre inférieur ne peut requérir la sortie que s'il n'existe pas de parents d'un ordre supérieur. Si le parent privilège ne réclame pas cette sortie, le parent non habilité qui la désirerait n'a d'autre recours que de faire intervenir l'autorité administrative (article 16) ou l'autorité judiciaire (article 29), également qualifiées en la circonstance. Dans l'esprit de l'article 14, la sortie est requise à l'encontre du médecin.

L'article 13 permet seul la sortie sur l'initiative médicale d'un malade guéri. Lorsque les membres de la famille qui devraient normalement recevoir le malade s'y refusent, la situation est alors l'inverse de celle prévue par l'article 14. Le médecin ne peut imposer la sortie qu'en vertu de l'article 13. Il faut d'ailleurs étendre le sens de « guérison » aux cas qui sont susceptibles de sortie immédiate. D'autre part, la loi n'a pas institué ici de hiérarchie familiale. Le malade peut être confié à n'importe quel parent consentant, ou à défaut à un ami. Dans ce dernier cas, sa situation est assimilable à celle du sujet dépourvu de toute famille. Il peut même sortir seul ou même sous la protection d'une assistante sociale qui a préparé les conditions de sa vie extérieure. Dans ces éventualités, il est à souhaiter que se développe l'assistance post-hospitalière. Toutefois, lorsque le médecin a cru ne pas pouvoir user de l'article 13, c'est-à-dire ne pouvoir affirmer catégoriquement la guérison, tout en estimant la sortie possible, il peut, en présence de la carence ou de l'opposition des parents, signaler le cas au préfet ou au procureur, ou inciter le malade lui-même ou toute personne s'intéressant à celui-ci d'en appeler à la décision de l'autorité administrative ou judiciaire.

Il faut encore se demander si l'on peut obliger un parent à recueillir son malade. A une époque où le problème du logement est souvent si difficile à résoudre, cette question se pose fréquemment pour les malades sortants. Une distinction est nécessaire. Aucun parent autre que le conjoint n'est tenu de prendre le malade auprès de lui ; il n'a d'autre obligation que celle de secours (dite obligation alimentaire), si elle s'avère indispensable. Seul le conjoint doit à la fois assister le malade et le recevoir au domicile conjugal (article 213 du code civil). S'il s'y oppose, on admet qu'il peut y être contraint directement par la police, ou indirectement par la condamnation à une astreinte. Mais il est bien évident que la sortie imposée dans ces conditions ne peut aboutir qu'à des résultats particulièrement défavorables pour le sujet dont l'équilibre mental est encore fragile. Il vaut mieux, dans tous les cas, épuiser les moyens de persuasion avant d'employer la coercition. En somme, les difficultés sont beaucoup moins d'ordre légal que d'ordre moral, familial et social. Il faut signaler que si l'opposition familiale est dictée parfois par des sentiments illégitimes ou coupables, elle peut avoir aussi des motifs économiques réels, ou la crainte sincère de récidive.

Aux intéressantes considérations de M. Baruk, j'en ajouterai une : il est une autre façon pour la famille de faire obstacle à la sortie. C'est un procédé que l'on peut qualifier de préventif. Il consiste à s'opposer à tout traitement qui pourrait guérir le malade. Les parents ont ici un droit qui peut parfois paraître abusif, et que cependant les tribunaux sanctionnent si le médecin a pratiqué une thérapeutique active, alors que la famille n'a pas donné son autorisation préalable. C'est ainsi qu'elle peut refuser des traitements qui s'imposeraient, chirurgicaux (intervention, par exemple pour tumeur cérébrale), ou médicaux (tels malariathérapie, insulinothérapie, électro-chocs, etc.). J'en ai observé des exemples.

M. H. BARUK. — Je remercie tous ceux qui sont intervenus dans cette discussion. M. X. Abély a évoqué des problèmes juridiques intéressants, notamment lorsqu'il s'agit de demander à un mari de reprendre sa femme.

Toutefois, le problème de l'autorisation des thérapeutiques est un problème tout à fait différent de celui que j'envisage aujourd'hui et nécessiterait une étude spéciale. Le problème en cause dans ma communication est celui des moyens dont dispose le médecin, soit pour obliger des familles à visiter leur malade lorsqu'elles s'y refusent, soit de parer à l'opposition d'une famille à la sortie d'un malade guéri.

Quant à l'intervention du Parquet, elle est parfaitement régulière, et peut être très utile dans les cas particulièrement contestés, la sortie prononcée par le tribunal étant sans appel. Toutefois, cette procédure peut être longue et, dans certains cas, l'application de l'article 13 est plus rapidement efficace. Le Parquet pourrait, dans certains cas, ordonner des enquêtes sur la demande du médecin et dans l'intérêt du malade en cas de familles suspectes et refusant toute explication.

Difficultés d'interprétation des associations cliniques de la méningo-encéphalite syphilitique et du syndrome parkinsonien. A propos de deux observations, par MM. Léon MICHAUX, A. BUGÉ et A. LAURAS.

Le problème de l'origine syphilitique de certains syndromes parkinsoniens a donné lieu à d'assez nombreuses études ; il faut surtout citer celles de S. A. K. Wilson et du professeur G. Guillain.

Certes, on connaît quelques observations anatomo-cliniques de syndromes parkinsoniens syphilitiques. Elles sont, à vrai dire, très peu nombreuses, et certaines d'entre elles ne sont pas à l'abri de sérieuses critiques. Les deux observations anatomo-cliniques du professeur J. Lhermitte concernaient des vieillards syphilitiques atteints de syndrome pallidal quelque peu différent du syndrome parkinsonien, et où l'autopsie révéla des lésions syphilitiques indiscutables. Dans l'observation de Mella, le lien entre les lésions du pallidum et la syphilis n'est pas absolument démontré. Dans un cas publié par Marinesco, associant un tabès et un syndrome parkinsonien, il fut constaté, outre les lésions du tabès, une raréfaction du locus niger et des lésions vasculaires du striatum. Une observation d'Urechia, associant une paralysie générale et un syndrome parkinsonien, fait état de lésions des noyaux gris et du locus niger. Dans l'ensemble, et selon les propres termes de J. Lhermitte, les constatations anatomiques rigoureuses permettant d'affirmer l'origine syphilitique de certains syndromes parkinsoniens sont de la plus grande rareté.

Par contre, les observations cliniques de syndromes parkinsoniens chez des sujets syphilitiques sont moins rares ; elles ne sont cependant pas très fréquentes, à en juger du moins par le nombre des cas publiés. Wilson et Cobb réunissent 22 cas dans la littérature et y ajoutent 4 cas personnels. G. Guillaïn, en 1936, publie 11 cas personnels. Il faut ajouter à ces études d'ensemble des observations isolées, parmi lesquelles on peut retenir spécialement celles de Urechia, de Marinesco, de Garcin et Laplane, de Basch.

Dans ces cas purement cliniques, les réactions sérologiques, les anomalies du liquide céphalo-rachidien permettent seules d'incriminer une origine syphilitique. Or, on ne peut qu'être frappé par le petit nombre des observations publiées dans la littérature. A-t-on le droit d'établir un lien certain entre la syphilis prouvée biologiquement et le syndrome parkinsonien ? Cette question s'est posée à plusieurs auteurs qui se sont occupés de ce problème. Les syndromes parkinsoniens sont fréquents, la syphilis l'était et l'est encore. Or, comment être sûr que chez un sujet syphilitique le syndrome parkinsonien n'a pas la même pathogénie, encore mystérieuse il est vrai, du syndrome parkinsonien frappant le sujet d'un certain âge non entaché de syphilis ? Il est bien certain à cet égard que les observations de G. Guillaïn et Léon Michaux, de R. Garcin et Laplane, certaines observations de G. Guillaïn ont une valeur spéciale parce qu'elles concernent des sujets jeunes chez qui il est moins habituel de voir apparaître le syndrome parkinsonien.

Mais chez le sujet jeune une question se pose. Peut-on éliminer sûrement une origine encéphalitique ? Certaines observations publiées dans la littérature ont été recueillies à une époque où le syndrome parkinsonien encéphalitique était d'une extrême fréquence ; quand on sait la latence de certaines encéphalites, on a quelque difficulté à

éliminer formellement l'origine encéphalitique d'un syndrome parkinsonien.

En un mot, le syndrome parkinsonien d'origine syphilitique soulève l'objection d'une coïncidence possible. Comment répondre à cette objection en l'absence d'études anatomiques décisives ? Il y a bien longtemps qu'on a renoncé à trouver dans la séméiologie intrinsèque du syndrome parkinsonien des arguments étiologiques. Il n'est guère plus question maintenant de revenir sur ce point, qui suscita il y a plus de trente ans d'âpres discussions.

L'efficacité du traitement spécifique paraît un bien meilleur argument. Il est certain que des observations comme celles de Garçin et Laplane doivent être comptées parmi les arguments de poids. Mais de telles observations sont exceptionnelles. La plupart des auteurs rapportent au contraire une action imparfaite et plus encore nulle du traitement syphilitique. Faut-il s'en étonner ? Peut-on considérer que l'échec du traitement prouve que le syndrome parkinsonien ne reconnaît pas pour étiologie la syphilis ? Assurément non. Tout porte à penser que le syndrome parkinsonien demande pour se révéler cliniquement des lésions destructrices, dont le caractère irréversible n'est pas incompréhensible. On peut très bien admettre, pour le syndrome parkinsonien, ce qu'on constate tous les jours chez les tabétiques : le tabès est une maladie sûrement syphilitique et cependant le traitement spécifique ne fait rétrocéder, ni les douleurs fulgurantes, ni l'ataxie, ni les arthropathies.

Il n'est donc aucun argument permettant de repousser l'existence d'un syndrome parkinsonien syphilitique ; mais lorsque chez un parkinsonien, on découvre des stigmates certains de syphilis, il n'est pas davantage permis d'affirmer en toute certitude que la syphilis est seule responsable du syndrome parkinsonien. Est-il besoin de rappeler, après Georges Guillain, qu'on ne saurait en tout cas retenir que les cas possédant des stigmates probants de syphilis nerveuse (modifications du liquide céphalo-rachidien, signes de tabès) ?

*
**

Nous apportons deux observations de syndromes parkinsoniens chez des syphilitiques avérés. Nous ne nous dissimulons pas leur insuffisance majeure : toutes deux sont uniquement cliniques et nous ne pouvons apporter aucune de ces preuves formelles dont nous déplorons l'absence. Les deux observations concernent des femmes. L'une a succombé à de graves troubles nutritionnels avec escarres diffuses trois mois après l'impaludation. L'autre, qui présentait des troubles psychiques évoquant une méningo-encéphalite diffuse, que semblait confirmer la formule du liquide céphalo-rachidien, a guéri de ses troubles psychiques alors que l'impaludation a semblé précipiter l'extension du syndrome parkinsonien.

*
**

OBSERVATION 1. — Mme R..., 52 ans. Cette malade est venue nous consulter pour un syndrome parkinsonien absolument typique. Le faciès est figé. L'aspect est raide ; l'attitude générale est en demi-flexion ; les mouvements ont une lenteur très significative.

Il existe un tremblement typique, bilatéral. L'examen montre une hyper-tonie plastique avec exagération des réflexes de posture prédominant du côté gauche. Le réflexe naso-palpébral est inépuisable. On ne met en évidence aucun signe pyramidal. Cet état s'est installé rapidement. Comme presque toujours, il est difficile de préciser la date de début du syndrome parkinsonien. Il semble s'être installé en trois ou quatre mois.

L'examen clinique note encore une grosse atteinte de la mémoire portant sur les faits récents, une émotivité un peu puérile. Tout au long de l'hospitalisation, il ne sera observé aucun trouble du comportement. Il existe une dysarthrie, qui n'est pas seulement expliquée par le syndrome parkinsonien : elle comporte des éléments évoquant la dysarthrie de la paralysie générale.

Les réactions sérologiques du sang, systématiquement pratiquées, donnent des résultats positifs. L'étude du liquide céphalo-rachidien révélait des anomalies évidentes. Bordet-Wassermann : + + +. Albumine : 0,50. 5 lymphocytes. Benjoin colloïdal : 22222.22220.0000. L'étude du liquide céphalique n'était pas à cette époque systématiquement pratiquée.

Un examen clinique très soigneux n'a pas permis de mettre en évidence une syphilis viscérale patente. Soulignons l'absence de tout signe de tabès.

La malade a été traitée par l'impaludation et par le stovarsol. Le syndrome parkinsonien n'a été nullement influencé. De graves troubles nutritionnels avec amaigrissement, escarres, sont apparus trois mois après l'impaludation ; la malade est morte dans un tableau de cachexie et d'infection.

OBSERVATION 2. — Mme C..., 62 ans, présente un syndrome parkinsonien évident ; son mode d'installation présente quelques particularités. Le tremblement a commencé assez brusquement au membre supérieur gauche, quinze jours environ après un épisode mal précisé, comportant, entre autres symptômes, de la somnolence et une diplopie. Fait curieux, cet épisode s'est reproduit quelques mois après : le tremblement s'est alors accentué et a gagné le membre inférieur.

Le diagnostic de syndrome parkinsonien ne souffre pas de discussion. C'est un hémi-syndrome parkinsonien gauche à symptomatologie très complète : raideur, perte du balancement du bras, exagération des réflexes de posture, tremblement.

Le reste de l'examen neurologique est normal : les réflexes photomoteurs sont normaux ; il n'existe pas de signes pyramidaux.

L'état psychique présente des anomalies indiscutables : il existe une émotivité anormale qui, aux dires de l'entourage, serait contemporaine du début des troubles neurologiques. Il existe un déficit mnésique franc, de gros troubles du calcul élémentaire. Cette détérioration est vérifiée par l'étude du quotient intellectuel, qui donne le chiffre de 75. Il existe une petite dysarthrie, qui ne paraît pas devoir être rattachée au syndrome parkinsonien.

A vrai dire, ces derniers signes n'ont été recherchés et trouvés qu'après qu'on eut connaissance des examens sérologiques pratiqués de façon systématique. Les résultats sont les suivants : dans le sang : Bordet-Wassermann, + + + ; Kahn, + + + ; dans le liquide céphalo-rachidien : Bordet-

Wassermann, +++ ; albumine, 0,28 ; 12,6 lymphocytes ; benjoin, 11221.22200.0. Il n'a pas été fait d'étude du liquide céphalique.

Au vu de ces résultats, il est décidé de recourir à l'impaludation. Celle-ci entraîne dix accès. Le traitement spécifique sera ultérieurement poursuivi très régulièrement. Le syndrome parkinsonien n'est nullement amélioré ; au contraire, l'impaludation est suivie d'une bilatéralisation des symptômes. Par contre, l'état intellectuel est nettement amélioré. L'émotivité rétrocede. La mémoire s'améliore. Des opérations simples sont possibles, que la malade ne pouvait effectuer lors des premiers examens.

En 1953, la malade fait un ramollissement sylvien droit.

En juillet 1955, soit six ans après la première hospitalisation, nous l'examinons à nouveau. Elle présente un grand syndrome parkinsonien, qui ne lui permet pas de se lever. Il n'est plus possible de mettre en évidence une prédominance d'un côté. Les réflexes photomoteurs sont très faibles mais non abolis. Il n'existe pas de troubles intellectuels : les réactions affectives sont parfaitement adaptées à la situation de cette malade impotente, placée définitivement dans un asile. Plusieurs cures de pénicilline ne sont pas parvenues à négativer les réactions sérologiques.

*
**

Ces deux observations posent les mêmes problèmes que celles antérieurement publiées ; elles ne les résolvent pas davantage.

Nos deux malades étaient évidemment atteintes de syndrome parkinsonien ; elles étaient syphilitiques, elles avaient même une syphilis méningo-encéphalique certaine. Chez l'une, le syndrome parkinsonien s'installa après un épisode marqué par de la somnolence, une diplopie que l'on serait tenté de rapprocher de ces épisodes de mésoencéphalite aiguë syphilitique décrits par G. Guillaín. Le syndrome parkinsonien ne fut amélioré ni chez l'une, ni chez l'autre, par le traitement spécifique. Nous n'y voyons nullement la preuve que la syphilis n'était pas responsable du syndrome et nous nous sommes déjà expliqués sur ce point. Mais nous ne nous croyons pas autorisés pour autant à envisager une simple coïncidence.

Nous versions ces observations à un dossier ouvert depuis longtemps. Du point de vue pratique, nous croyons utile de rechercher la syphilis chez les malades atteints de syndrome parkinsonien. On la découvre rarement certes. Mais les rares cas où on la dépiste ne sont pas sans intérêt. Nos malades n'avaient pas de signe d'Argyll-Robertson ; pas de signe de tabès : les troubles intellectuels qu'elles présentaient étaient relativement discrets. Si le traitement spécifique n'influence pas le syndrome parkinsonien, il permet du moins d'arrêter l'évolution d'une syphilis nerveuse. Notre deuxième observation en est un exemple. Quelles que soient les réserves que l'on puisse faire sur l'interprétation générale, ce côté pratique n'est pas sans intérêt.

Souhaitons, pour conclure, qu'une étude anatomique lève toutes les discussions.

BIBLIOGRAPHIE. — BASCH (G.) et SEIDMAN : Syndrome hémiparkinsonien syphilitique amélioré par le traitement spécifique. *Bull. mém. soc. méd. hôp.*, Paris, 1935, p. 486. — GARCIN (R.) et LAPLANE : Syndrome parkinsonien d'origine syphilitique. Régression totale et durable après traitement spécifique. *Bull. mém. soc. méd. hôp.*, Paris, 1935, p. 531-536. — GUILLAIN (G.) et MICHAUX (L.) : Syndrome parkinsonien par mésencéphalite syphilitique. *Rev. neurol.*, 1934, II, p. 70. — GUILLAIN (G.) : *Études neurologiques*, VIII, p. 54, Masson, 1939. — GUILLAIN (G.) et ALAJOUANINE (T.) : Syphilis du névraxe à forme algique et somnolente simulant l'encéphalite épidémique. *Bull. mém. soc. méd. hôp.*, Paris, 1923, p. 380. — IRVING et PARDEE : The role of syphilis in the parkinsonian syndrom. *Arch. Neurol. Psychiatry*, 1927, XVII, p. 662. — LHERMITTE (J.) : Syndrome palléol à évolution progressive chez un vieillard syphilitique. *Rev. neurol.*, 1922, p. 555. — LHERMITTE (J.) et CORNIL : Recherches anatomiques sur la maladie de Parkinson. *Rev. neurol.*, 1921, p. 587. — MARINESCO (G.) : Contribution anatomoclinique à l'étude de l'association de la maladie de Parkinson et du tabès. *Annales de médecine*, XVIII, 1925, p. 327. — MELLA (H.) et KATZ (S. E.) : Neurosyphilis as an etiological factor in the parkinsonian syndrom. *Journal Ner. ment. des.*, 1924, p. 225. — SEIDMAN : *Thèse de Paris*, 1935. — URECHIA (C. J.) : La syphilis peut-elle reproduire le syndrome de Parkinson ? Réunion neurologique annuelle, 1921. *Revue neurol.*, 1921, p. 584. — WILSON (K.) : Croonian lectures on some disorders of motility and of muscles tone with special reference to the corpus striatum. *Lancet*, 1925. — WILSON (K.) et COBB (S.) : Mesencephalitis syphilitica. *J. neurol. psychopathology*, 1924, V, p. 44-60.

DISCUSSION

M. X. ABÉLY. — Il y a lieu de remarquer que la paralysie générale comporte généralement des lésions diffuses qui s'étendent aux noyaux centraux. D'autre part, la prédominance de ces lésions sur des zones bien localisées peuvent produire des syndromes neurologiques variés. Lissauer, qui a bien décrit ces cas, signale parmi ceux-ci l'atteinte élective, et parfois même primitive, des noyaux optostriés, qui peut notamment entraîner un syndrome choréique. Plusieurs auteurs ont observé des signes de la série parkinsonienne dans la paralysie générale. Il n'est pas exceptionnel d'y constater des symptômes de rigidité. Si le tableau clinique complet du syndrome parkinsonien y est rarement observé, il n'est pas impossible qu'il soit réalisé par des lésions pallidales importantes et typiques de la paralysie générale.

On ne peut guère tirer de conclusions étiologiques de l'échec du traitement classique (impaludation, stovarsol). Alors même que les troubles mentaux et généraux s'améliorent, la persistance des syndromes neurologiques localisés, quels qu'ils soient, est d'une constatation assez commune.

Quelques remarques techniques sur la conduite des cures neuroleptiques, par MM. LE GUILLANT, M. PARIENTE, R. ROELENS, A. CORRE, J. KESTENBERG, M. BAILLY-SALIN et P. BÉQUART, Mlle M. PLICHET, Mme HANSEN et Mlle HUGUET.

Le premier travail sur l'usage des « neuroleptiques » (en l'espèce le largactil) fait au centre de traitement et de réadaptation sociale de Villejuif date de 1953 (1). Après plusieurs années de recul, il nous a paru intéressant de présenter, malgré le grand nombre de publica-

(1) Essai de traitement, par le sommeil thérapeutique, de diverses affections mentales à l'aide d'une phénotiazine d'action centrale. P. ROTH, *Thèse de Paris*, 1953.

tions concernant ces drogues déjà parues, quelques remarques sur l'expérience en la matière de notre groupe de travail. Elles porteront sur deux plans : les résultats du traitement de 100 psychoses chroniques et les aspects pratiques, particuliers ou généraux de l'utilisation des neuroleptiques dans un service d'hôpital psychiatrique. C'est de ces aspects dont nous traiterons dans cette communication.

Le premier concerne les états « aigus » (c'est-à-dire intenses) d'excitation ou d'anxiété, qu'ils caractérisent des troubles psychopathiques récents ou qu'ils surviennent au cours de l'évolution de psychoses plus anciennes. Nous considérons toute « agitation » ne cédant pas aux interventions du personnel et aux petits moyens habituels comme une véritable « urgence psychiatrique », pour laquelle un médecin du service est généralement appelé. Ces incidents, en effet, étant donné la dimension des unités de soins dont nous disposons et leur défaut de cloisonnement interne, troublent l'atmosphère d'un dortoir et parfois même d'un pavillon entier, émeuvent, fatiguent et « contaminent » les autres malades.

Pour y faire face, nous recourons peu aux perfusions. Toutefois, nous avons monté notre appareillage de façon précise pour répondre à la nécessité éventuelle d'une telle indication. Nous utilisons le perfuseur de la pharmacotechnie industrielle. Il est d'un emploi commode, de réglage débit-minute facile et stérilisable au poupinel. Il se combine avec des éléments en matière plastique livrés stérilisés et dont le bas prix permet qu'ils soient jetés après un seul emploi.

Habituellement, nous pratiquons un traitement-type qui, après bien des tâtonnements, nous donne satisfaction. Il comporte une injection toutes les heures : largactil (intra-musculaire), puis phénergan (intra-musculaire), largactil à nouveau, puis gardénal (0 cgr. 20) et enfin largactil. Il est exceptionnel que le comportement perturbateur ne cède pas à ce traitement. Le plus souvent, il n'est pas nécessaire d'aller jusqu'à la 5^e injection.

*
**

Dans les états récents comportant également des manifestations plus ou moins intenses, nécessitant un apaisement assez rapide, nous n'avons naturellement pas de plan d'action précis.

Nous utilisons peu le serpasil en injections, si ce n'est comme starter d'un traitement *per os*. Nous avons observé en effet quelques défaillances cardio-vasculaires, notamment dans les cas où une certaine lutte a été nécessaire pour pratiquer l'injection. Nous recourons de même le moins possible — le moins longtemps possible en tout cas — aux injections de largactil, dont les inconvénients locaux sont bien connus. Lorsqu'une malade refuse les gouttes ou comprimés, une injection est pratiquée, mais à chaque nouvelle administration la prise par voie buccale est proposée à la malade.

Les gouttes ont notre préférence. On sait en effet combien il est fréquent que les comprimés ne soient pas effectivement absorbés (sinon stockés). Pour dissimuler l'extrême amertume des gouttes, nous utilisons un excipient sucré à base de teinture de badiane (qui n'altère pas la chlorpromazine).

D'une façon générale, un horaire très précis, l'administration par la même infirmière, l'utilisation d'un véhicule au goût et au parfum caractérisés, nous ont paru réaliser un certain conditionnement qui s'associe à l'action du médicament et permet une posologie un peu diminuée.

Bien d'autres petites précautions : élargissement du territoire des injections, pratiquées comme on l'observe souvent dans une zone trop réduite, nécessité du maintien des grands flacons hospitaliers à l'abri de la lumière, administration (*per os*) avant ou après le repas, utilisation de seringues à insuline en place de compte-gouttes (ceux-ci donnant rarement 40 gouttes au cm^3 ; combien de malades ont reçu de ce fait des doses presque doubles de celles prescrites), suppression des boissons, même faiblement alcoolisées, souvent très mal supportées, régime hyposodé pour prévenir les complications rénales, à peu près les seules que nous ayons observées avec une certaine fréquence, etc..., etc..., jouent un rôle non négligeable dans la conduite des cures, mais ne peuvent être développées dans cette communication.

Voici comment est organisée la distribution des neuroleptiques dans les pavillons où un assez grand nombre de malades en reçoivent. L'infirmière (toujours la même si possible) dispose sur une table recouverte d'une nappe des cartons de plastique coloré. Nous avons envisagé de faire correspondre chaque couleur à une dose. Actuellement, les cartons portent le nom des malades, la dose écrite et les timbres (individuelles). La distribution (à la seringue à insuline) est ainsi facile et rapide, ce qui est précieux dans des services où le personnel, insuffisamment nombreux, est débordé de tâches. Dans les cures au long cours, il y a intérêt à prescrire par cm^3 et multiples de cm^3 (ou de demi- cm^3). Cette gamme est généralement suffisante dans la pratique. Cette façon de faire évite des erreurs (ou des simplifications ignorées). Elle économise le temps du personnel. Les malades en groupe viennent se servir et « dégustent » le contenu de leur verre sous la surveillance de l'infirmière. Ainsi, les malades (une forte proportion d'entre elles tout au moins) vont prendre leur médicament plutôt qu'il ne leur est « administré ». Nous pensons aussi que cette « thérapeutique de groupe » entraîne certaines pensionnaires récalcitrantes (ou nouvelles dans le service). Le rassemblement des malades à cette occasion permet au médecin de fournir quelques explications, d'observer, de rassurer. Des discussions collectives, présidées par un médecin, ont été réalisées pour des groupes de malades en cours de traitement.

Les inconvénients de l'usage des neuroleptiques constituent, comme l'on sait, un aspect important de cette thérapeutique. Une asthénie parfois très marquée, une impression de « fatigue musculaire », voire de courbature, sont les manifestations que nous avons le plus souvent observées. Elles inquiètent souvent les malades. Les syndromes pseudo-parkinsoniens, lorsqu'on les laisse apparaître, alarment également les familles et les compagnes des malades qui les présentent. L'aspect de certains services où ils sont assez nombreux est étrange — et assez inquiétant, malgré leur réversibilité habituelle (jusqu'à ce jour).

Nous ne faisons rien de plus sans doute pour les prévenir et les corriger que la plupart de nos collègues. Nous invitons le personnel infirmier à en tenir le plus grand compte, à nous les signaler (dans les feuilles d'observations quotidiennes dont nous parlerons plus loin), à permettre aux malades fatiguées ou somnolentes de s'étendre à la demande, d'adapter ou de réduire l'ergothérapie en conséquence, etc... Nous ne cherchons plus, au moins d'une manière habituelle, à réaliser de véritables cures de sommeil par le seul largactil, mais cet aspect de son action, assez habituel, nous semble important (et nullement contradictoire, bien au contraire, avec ses effets plus généraux). L'accroissement de la durée et de la qualité du sommeil constituent un des moyens de la « mise au repos » du système nerveux central que semblent réaliser les neuroleptiques.

Les tremblements apparaissent liés, le plus souvent, à un trouble de la thermo-régulation, qui impose de vêtir les malades et de chauffer les locaux en conséquence.

Un phénomène, voisin de l'acathisie, est assez fréquemment observé chez nos malades. Il consiste en une impatience motrice, un besoin impérieux de se lever, marcher, monter les étages. On assiste parfois à une véritable déambulation continue. Ces manifestations sont généralement (mais pas nécessairement) associées à une ébauche de syndrome pseudo-parkinsonien. Elles ne cèdent, comme ce dernier, qu'à la réduction des doses.

Il peut être déconseillé de conduire les malades au cinéma, où le scintillement des images est péniblement ressenti et peut provoquer des vertiges.

Les travaux ménagers entraînant des lavages fréquents des mains, la pratique des bains de soleil, paraissent favoriser l'apparition de manifestations cutanées d'intolérance au largactil.

L'engraissement, surtout observé avec le serpasil nous semble-t-il, est un inconvénient fort sérieux dans un service de femmes, surtout pour des traitements prolongés. Tout doit être mis en œuvre pour réduire l'alimentation (le pain et le sucre surtout) et faire accepter les activités, les sports, les bains de chaleur, etc..., susceptibles de conserver une apparence extérieure plaisante aux malades.

Nous avons utilisé de nombreux produits pour combattre les effets gênants des neuroleptiques. A côté de la laroscorbine, de la coramine-glucose, de l'acide glutamique, quelquefois des amphétaminiques, c'est l'heptamyl (4 à 6 comprimés par jour, au réveil et à midi) qui nous a paru le meilleur correcteur des manifestations liées aux neuroleptiques. Ce « cardiotonique » paraît avoir une action centrale importante, encore que mal connue, et dont nous allons incessamment entreprendre l'étude (ainsi que celle des neuroleptiques) par la méthode des réflexes conditionnés.

Un aspect assez peu connu, nous semble-t-il, de l'utilisation des neuroleptiques (du largactil notamment) est l'association avec différentes autres drogues. Pour notre part, l'association largactil-laudanum nous a paru constituer, dans quelques cas, un traitement héroïque de certains états anxieux, au cours des mélancolies notamment.

Naturellement, l'action psychothérapique permise par les neuroleptiques nous semble un élément indispensable à l'approfondissement et à la consolidation de ces traitements. Nous retrouverons plus loin, et dans notre seconde communication, ces problèmes fondamentaux.

*
**

Mais il est un autre aspect de l'utilisation des neuroleptiques, dont nous voulons maintenant dire un mot. C'est, à côté des traitements d'urgence et de ceux des états « aigus » ce que l'on pourrait nommer une « thérapeutique de masse ». Récapitulant et analysant les cas ainsi traités depuis quelques années au C.T.R.S., nous avons, dans une certaine mesure, découvert qu'un pareil usage des neuroleptiques s'y était installé, un peu à notre insu. Nous pensons que le fait est encore plus sensible dans d'autres services.

Il est facile de comprendre comment une pareille situation s'est constituée. Un certain nombre d'états dits aigus n'ont pas cédé à la cure et celle-ci a dû être prolongée. Les résultats surprenants obtenus dans certaines psychoses chroniques ont naturellement conduit à « tenter » cette thérapeutique dans un très grand nombre, sinon dans presque tous les cas. Enfin, l'effet symptomatique auquel se limite souvent l'action des neuroleptiques pousse aussi à en généraliser l'emploi, ne serait-ce que pour créer une ambiance plus favorable pour ceux des malades améliorés, mais qui doivent continuer à vivre dans des quartiers où sont rassemblés un grand nombre de sujets perturbés. Chacun, dans un service, prescrit ainsi, un peu à sa manière ou la demande, chlorpromazine et résérpine. Ces prescriptions, dans l'ensemble inoffensives et bienfaisantes, sont cependant un peu perdues de vue et souvent poursuivies indéfiniment.

Il y a là une pratique, encore une fois fort compréhensible, mais qui ne nous paraît pas exempte de dangers. D'une part, il nous a sem-

blé que les manifestations gênantes (pseudo-parkinsoniennes) et les accidents (rénaux notamment) s'observaient particulièrement parmi les malades ainsi traitées en dehors d'une surveillance suffisante. Mais surtout, un traitement, cependant remarquable, risque de cette façon, si nous pouvons employer cette expression, de « s'automatiser » (comme l'ont fait historiquement tant de thérapeutiques psychiatriques). D'un côté, l'administration des neuroleptiques tend à constituer à elle seule le « traitement » des malades, de l'autre elle se désindividualise profondément.

Or, nous le verrons à travers la statistique qui fait l'objet de notre seconde communication, les interventions de caractère psychothérapique (rapports individuels, activités, relations avec le milieu extérieur) constituent souvent un facteur décisif des rémissions et surtout des réadaptations sociales. Si donc, le traitement est entrepris sans que l'ensemble de ces moyens soit mis en œuvre dans chaque cas, un grand nombre d'échecs à plus ou moins long terme sont à redouter.

Il est évident, en effet, qu'on ne pourra continuer à administrer indéfiniment des doses élevées de largactil ou de serpasil à un pourcentage élevé des malades d'un service. Indépendamment d'un certain épuisement de leur action, des accidents viscéraux qui risqueraient de se multiplier, il nous a semblé observer chez quelques malades des « déficits neuroleptiques » débutants, non certes encore irréversibles mais difficilement réversibles, pour lesquels la comparaison avec ceux parfois secondaires aux lobotomies n'est peut-être pas inexacte.

Il serait assez tragique de voir reprendre le trouble et l'agitation chez des malades, — puis dans des services —, peut-être plus détériorés qu'avant la cure — et retomber les espoirs. Qu'on se souvienne de ceux éveillés au début de son application par la sismothérapie — et quelques autres thérapeutiques.

Cependant, sinon cette généralisation, du moins cette large extension de l'utilisation des neuroleptiques dans un service, peut difficilement être évitée (nous n'avons pas su le faire en tout cas pour notre part) et elle a bien des justifications. Aussi, pour en atténuer au moins les inconvénients et les dangers, nous avons mis au point un certain nombre de pratiques que nous exposerons maintenant sommairement.

Tout d'abord, nous établissons pour tout usage un tant soit peu prolongé d'un neuroleptique un dossier individuel de traitement. Sont consignés sur la couverture les résultats des examens cliniques et paracliniques préalables : auscultation cardiaque, tension artérielle, pouls, vitesse de sédimentation, numération et formule sanguines, culot urinaire, parfois électro-encéphalographie. Ces examens sont répétés chaque mois. Le dossier comprend des colonnes où sont inscrites chaque jour : la durée totale de la cure, la température et la tension artérielle prises le matin et le soir. Une large place est réservée

vée, où le personnel infirmier des trois équipes note ses observations, l'état physique et mental de la malade, les modifications du comportement, la participation à la vie du service, aux activités, et notamment à celles des ateliers (avec, à intervalles réguliers, la rémunération correspondante), etc...

En outre, et indépendamment d'interventions plus individuelles ou plus rapprochées, « une réunion de synthèse » a lieu chaque semaine, comportant l'examen collectif (avec le personnel infirmier) de tous les dossiers individuels (pour les malades de chaque médecin ou de chaque équipe médico-sociale). Non seulement, à cette occasion, une appréciation commune est portée sur les effets et sur la conduite de la cure, la posologie, ses variations et compléments éventuels, mais tous les autres problèmes (intérieurs au service ou extérieurs) concernant la malade sont évoqués : décision de changement de dortoir, de pavillon, d'atelier, démarches près de familles découragées, en vue de sorties d'essai ou de reprises du travail, etc... Les familles sont d'ailleurs toujours informées du début de la cure, de ce qu'on peut en espérer, des malaises et des difficultés possibles. Nous leur demandons un effort particulier de contact, de reprise des rapports pendant cette période. Il vaut mieux retarder une cure que de l'entreprendre sans avoir organisé une collaboration minimum du milieu humain de la malade. Il nous semble que si le bénéfice « physiologique » de la cure n'est pas rapidement utilisé pour une modification des conditions de vie à l'hôpital, et au moins une ébauche de réadaptation sociale, ils demeurent plus souvent sans lendemain. Sans doute, des effets favorables sont-ils observés tardivement et même très tardivement, mais il paraît généralement exister une « période optimum » pour ces entreprises, période qu'il ne faut pas laisser passer et au-delà de laquelle les malades redescendent lentement la pente.

Bien entendu, c'est une véritable réorganisation des services, en fonction des nécessités et des possibilités nouvelles offertes par les neuroleptiques, qui devrait être effectuée, permettant une meilleure séparation des malades selon leur niveau de comportement, si souvent extraordinairement rehaussé, la création d'ateliers et d'activités nouvelles, l'amélioration de la « vêtue », etc...

Ce contexte général du traitement biologique — hélas si difficile à réaliser — présente à nos yeux une importance plus grande encore pour les neuroleptiques que pour les autres thérapeutiques psychiatriques. A la fois cette détente des rapports humains, et ce rétablissement de l'activité psychique qu'ils apportent, demeurent fréquemment incomplets ou éphémères et leur action « symptomatique ». Il n'est pas douteux qu'ils permettent, sans autre, des rémissions stables, mais trop souvent, si les problèmes personnels du malade ne sont pas résolus (ou atténués), le trouble mental réapparaît.

Bilan de cent cures neuroleptiques dans des psychoses chroniques, par MM. LE GUILLANT, M. PARIENTE, R. ROELENS, A. CORRE, J. KESTENBERG, M. BAILLY-SALIN et P. BEQUART, Mlle M. PLICHET, Mme HANSEN et Mlle HUGUET.

Il n'y a pas de meilleur critère de l'efficacité d'une méthode thérapeutique en psychiatrie que l'étude de ses résultats dans les psychoses dites chroniques. Les « états aigus » cèdent à tout (ou à rien), à la simple séparation du milieu, aux médications sédatives ou perturbatrices... Il est bien difficile de saisir dans ces évolutions, souvent spontanées, et parmi la multiplicité des moyens mis en œuvre (consciemment ou non) les véritables facteurs de la guérison et leurs mécanismes.

Au contraire, les états psychopathiques ayant résisté aux différents traitements et mesures qui leur ont été appliqués plus ou moins généreusement, non seulement posent les problèmes fondamentaux de l'assistance psychiatrique, mais se montrent particulièrement propices à l'analyse et à la mise au point des méthodes thérapeutiques. Celles-ci, en effet, si empiriques et si « globales » qu'elles soient, interviennent comme une variable, sinon unique, du moins dominante, dans un contexte de conditions de vie assez remarquablement fixe. Les exigences essentielles de la méthode expérimentale se trouvent ainsi réunies.

Ce sont ces raisons et quelques autres qui ont conduit notre groupe de travail à placer au centre de ses recherches sur les neuroleptiques l'étude de leur influence sur un groupe de 100 malades chroniques.

*
**

Cette première communication n'apportera que des indications limitées d'une part (sur certains points que nous tenons, à tort ou à raison, pour essentiels), et d'autre part assez peu fouillées. Les analyses cliniques, physiopathologiques et statistiques en cours feront l'objet de publications ultérieures. De ce fait, les données réunies dans le tableau d'ensemble reproduit plus loin apparaîtront peut-être au lecteur (comme à nous-mêmes) assez contestables. Mais il serait trop long, et sans doute vain, de tenter de les justifier dans le cadre de ce bref exposé. Chacun de nous doit sans cesse utiliser dans sa pratique, faute de critère objectif, des appréciations cliniques ou psycho-sociales plus ou moins personnelles ou subjectives. Les nôtres ont été établies de bonne foi, le plus souvent par plusieurs collaborateurs du service ; elles ont fait l'objet de discussions de groupe et d'un commun accord.

En ce qui concerne la « chronicité » (encore une fois dans une

première approche), nous n'avons fait intervenir que la durée d'une évolution sans rémissions manifestes (au moins un an). De propos délibéré, le diagnostic nosologique n'a pas été mentionné. Il s'agit presque toujours des diverses formes de la schizophrénie, et, naturellement, d'un certain nombre de « psychoses chroniques », hallucinatoires le plus souvent.

Pour juger de l'action clinique des neuroleptiques chez nos malades, nous avons adopté une classification des manifestations morbides en « symptômes » et « comportements » qui surprendra peut-être et dont nous ne méconnaissons pas le caractère artificiel. Elle nous a paru cependant convenir pour cette étude particulière. Les neuroleptiques, en effet réalisent très souvent des dissociations à l'intérieur des syndromes psychopathiques classiques, dissociations qui constituent, croyons-nous, des données essentielles de la pratique de leur usage, comme de l'analyse de leur mode d'action.

Nous considérons comme « symptômes » : les obsessions, les phénomènes hallucinatoires, les convictions délirantes, la « dissociation » et les autres formes de détérioration psychique (non organiques), etc... Les « comportements » — où « l'humeur » entre pour une part importante — visent l'état d'excitation ou de dépression, l'agressivité, l'impulsivité ou l'apathie et l'indifférence, la forme et la qualité des rapports humains, les activités, etc...

Pour apprécier la persistance ou l'effacement des manifestations morbides (symptômes ou comportements), nous avons tout simplement utilisé une notation en quatre degrés (+, ++, +++ et ++++). En ce qui concerne les symptômes, +++ correspond à leur persistance (plus ou moins complète) avec une bonne correction, ++++ à leur disparition complète. Pour les comportements, ++ indique une adaptation suffisante dans le service, +++ un comportement satisfaisant dans le service (un travail régulier notamment), ++++ une restitution *ad integrum*.

Le milieu, qui est au centre de nos préoccupations, a été noté plus largement encore : = correspond à un milieu pathogène (sous des modes naturellement très divers), — à un milieu inexistant (solitude, abandon, etc...), + correspond à un milieu au moins « présent » et à des visites plus ou moins régulières, ++, +++ et ++++ visent des degrés de compréhension, de coopération, d'affection, etc... Il n'est pas besoin de redire que nous réalisons entièrement ce que de pareils jugements, ainsi condensés en une seule notation, peuvent avoir de sommaire, et peut-être d'injuste. Cependant, un service social et des contacts avec les familles exceptionnellement développés, le fait que ces appréciations sont portées par des équipes médico-sociales d'au moins trois personnes, leur confèrent, croyons-nous, une certaine solidité pratique. Nous verrons qu'ils font apparaître des corrélations très significatives entre la qualité du milieu et la réadaptation des malades traités par les neuroleptiques.

Cette réadaptation est évaluée de la même manière : + correspond à la possibilité de brèves sorties (permissions de 24 heures en général), ++ à des sorties prolongées, la malade étant prise en charge par la famille, une collectivité, etc..., +++ à des sorties très prolongées avec reprise d'une vie normale dans des conditions un peu privilégiées (travail domestique ou autre au foyer), ++++ à la reprise d'une activité de travail hors du foyer.

Les doses des produits utilisés (largactil, serpasil, ou l'un et l'autre successivement), ont été également indiquées d'une manière simplifiée : + correspondant à des doses faibles : moins de 3 mgr. de serpasil ou de 150 gouttes de largactil, ++ entre 3 et 7 mgr. de serpasil, entre 150 et 350 gouttes de largactil, +++, au-dessus. Tant de modifications ont été apportées à la conduite des cures qu'elles ne pourraient prendre place dans notre tableau. En définitive, d'ailleurs, la posologie, comme nous le verrons plus loin, ne semble pas jouer un rôle aussi important qu'on le pense souvent. Chez les malades attentivement suivies, une dose active est bientôt trouvée qui, le plus souvent, peut être sensiblement réduite par la suite. Des variations individuelles importantes sont naturellement observées.

Nous rappelons enfin qu'il s'agit exclusivement de malades du sexe féminin, rarement âgées, traitées en service fermé, mais avec un système très libéral de « permissions ». Notre tableau ne comporte pas d'indications (entre autres) sur les thérapeutiques déjà pratiquées (biologiques ou « psychothérapiques »). Nous pouvons affirmer qu'elles ont toutes fait l'objet de traitements actifs et souvent répétés, ainsi que de mesures diverses tendant à leur réadaptation. La préoccupation dominante d'un service dit « de traitement et de réadaptation sociale » est naturellement d'éviter les passages à la chronicité. Tout a été généralement mis en œuvre dans les cas faisant l'objet de notre statistique, et nous faisons preuve, croyons-nous, d'assez de hardiesse dans nos sorties. Les données ont été établies séparément pour leurs malades par chaque équipe médico-sociale du service. Les résultats coïncident dans l'ensemble pour les diverses équipes.

*
**

Etant donné le groupe relativement restreint sur lequel a porté notre travail, bien des corrélations (possibles et intéressantes) ont une base statistique faible. Nous avons écarté toutes celles-ci et n'avons opéré aucune analyse de variance, pour nous en tenir aujourd'hui aux données directement significatives.

La première concerne naturellement l'effet global du traitement, tel qu'il se manifeste par la possibilité ou non d'une réadaptation sociale.

Nous voyons que 22 malades (sur 100) se sont réadaptées d'une manière satisfaisante (+++, 12), ou complète (+++, 10). Des possibilités de sorties prolongées (++) ont été obtenues chez 13 autres

malades. C'est donc 35 % des « chroniques » de notre service qui, sous l'influence du traitement par les neuroleptiques, ont pu quitter durablement le service.

Il est intéressant de rechercher le rôle de l'ancienneté des troubles dans cette réadaptation. Malheureusement, le petit nombre de malades évoluant depuis 1 à 2 ans (5) et depuis 2 à 3 ans (19), rend les comparaisons peu significatives. Cependant, dans ce dernier groupe, il y a au total 10 réadaptations sociales satisfaisantes (56 %) contre 14 (19 %) pour les 77 malades dont la psychose évoluait depuis plus de 3 ans.

En ce qui concerne la qualité du milieu, son rôle apparaît très nettement dans le tableau ci-dessous. Malgré quelques résultats aberrants, liés à l'insuffisance numérique de certains groupes, on observe une augmentation d'ensemble des réadaptations satisfaisantes parallèles à la valeur du milieu familial.

TABLEAU II. — *Action du milieu*

MILIEU	NOMBRE DE MALADES	RÉADAPTATION SOCIALE				
		0	+	++	+++	++++
--	15	73 %	0 %	13 %	0 %	7 %
-	20	75 %	5 %	5 %	15 %	0 %
+	19	74 %	11 %	5 %	5 %	5 %
++	32	28 %	16 %	22 %	22 %	12 %
+++	14	43 %	0 %	21 %	7 %	28 %

Bien entendu, notre connaissance individuelle des malades confirme et illustre ce rôle des conditions du milieu. Combien de malades, très améliorées pendant une longue (ou assez longue) période, auraient pu accentuer leur progrès et tenter une sortie avec des chances sérieuses de succès, si des difficultés « extérieures », matérielles et morales, de tout ordre, n'étaient venues y mettre obstacle. De nombreuses rechutes leur sont imputables (1).

Un autre aspect de l'action des neuroleptiques qui apparaît à travers notre statistique et que nous voudrions souligner est la dissociation, déjà signalée plus haut, qu'ils opèrent dans le tableau clinique, le décalage entre l'action sur les symptômes et les comportements (et naturellement les possibilités de réadaptation sociale).

C'est ainsi que la disparition totale des symptômes (++++) n'est

(1) « L'aggravation » du milieu est manifestement liée, pour une part, à celle de la psychose, à sa durée notamment.

observée que dans 7 % des cas, alors qu'il y a 10 % de réadaptations sociales complètes et 14 % de retours à un comportement normal. Le tableau ci-dessous fera mieux apparaître ce phénomène dans l'ensemble des cas.

TABLEAU III. — *Dissociation du tableau clinique*

	ECHecs		CAS FAVORABLES		
	0	+	++	+++	++++
Symptômes.....	23 o/o	49 o/o	36 o/o	38 o/o	13 o/o
Comportement..	18 o/o	33 o/o	44 o/o	42 o/o	45 o/o
Réadaptation sociale.....	57 o/o	18 o/o	20 o/o	20 o/o	32 o/o

En ce qui concerne la nature des neuroleptiques employés, leur posologie, la durée du traitement, nous serons très brefs. On voit que nous avons employé plus souvent le serpasil (50 % des cas). Dans 24 %, nous avons eu recours au largactil et au serpasil. On voit clairement que ce sont ces derniers cas qui fournissent le plus faible pourcentage d'améliorations. Il s'agit presque toujours d'échecs du traitement par un des neuroleptiques auquel, de ce fait, un autre a été substitué. En règle générale, il s'avère aussi inefficace. Il s'agit d'une résistance aux neuroleptiques et, généralement, à toute thérapeutique psychiatrique. Comme beaucoup d'auteurs, d'ailleurs, nous avons observé que les cas favorables s'étaient fréquemment montrés, dans le passé, très sensibles (passagèrement) à différents traitements, qu'ils avaient fait de bonnes rémissions, spontanément ou non.

L'analogie d'action et des résultats entre largactil et serpasil est tout à fait remarquable dans notre statistique. Ce dernier est d'utilisation plus facile pour les traitements au long cours, après la sortie du service notamment.

Naturellement, de nombreuses corrélations ont été établies entre les caractéristiques cliniques, le neuroleptique employé, sa posologie, la durée de son emploi, ses effets, etc..., etc... Mais, du fait de la dimension trop restreinte des groupes homogènes (ou à peu près), leur signification est souvent nulle ou difficile à interpréter.

De même, des échecs, en matière de symptômes et de comportements notamment, nécessiteraient des analyses approfondies. Nous ne nous y attarderons pas ici, notre but étant seulement de dégager quelques aspects très généraux du traitement par les neuroleptiques.

Si l'on rapproche en effet ces indications statistiques, si sommaires et si globales qu'elles soient, de l'étude clinique des malades, une action double et apparemment contradictoire des neuroleptiques se révèle.

D'un côté, comme il est bien connu, on note l'apaisement, la détente, une humeur meilleure, etc... Tout l'accompagnement « thymique », « émotionnel » des symptômes s'efface, et parfois d'une manière étonnante. Les symptômes eux-mêmes, bien que plus résistants, perdent leur charge affective (idées délirantes) ou sont critiqués (phénomènes hallucinatoires). Tous les auteurs mettent l'accent sur cet aspect des choses, désigné par des expressions multiples mais parentes : « chute de la tension nerveuse ou psychique », « ataraxie », « démobilisation », etc..., etc...

L'autre aspect de l'action des neuroleptiques est moins souvent souligné : c'est la restauration de l'activité nerveuse supérieure. Nous avons vu disparaître entièrement des troubles du cours de la pensée, assez accentués pour réaliser un tableau typique de schizophasie, la capacité d'effort intellectuel réapparaît, on observe la reprise d'intérêts, d'activités, de sentiments d'une qualité très normale. Lorsqu'une grande part de l'effort thérapeutique est centrée sur le rétablissement et l'exploitation des possibilités ainsi libérées par l'effet des neuroleptiques, on est frappé de voir le développement pris par ce côté « positif » de la cure. Le terme de neuroleptique, déjà contesté par certains auteurs, devient bien inadéquat pour le peindre. Nous avons eu recours à dessein à l'expression « restauration de l'activité nerveuse supérieure ». Son intention au moins, en effet, est d'être plus objective, plus physiologique que la terminologie habituellement employée. Elle appartient, on le sait, à l'école pavlovienne, et se réfère à une méthode d'étude de ces problèmes que nous croyons particulièrement féconde et adaptée à notre objet. Nous illustrerons cette affirmation par une référence à des travaux sur l'aminazine (équivalent soviétique de la chlorpromazine), récemment publiés par la « Revue de neurologie et de psychiatrie Korsakoff ». La relation d'une seule expérience (due à Mme Choumilina) nous permettra de mieux comprendre ce double et, au premier abord paradoxal, aspect de l'action de ce produit.

Chez un chien (Voltchok), on élabore un stéréotype (c'est-à-dire, on le sait, un ensemble (une succession) de réflexes conditionnés, régulièrement associés dans le temps). Les premiers sont renforcés par des excitants forts, nociceptifs (courant électrique), les suivants dans la série sont des réflexes conditionnels « banaux » : salivaire, moteur alimentaire (aller chercher la nourriture à la mangeoire à un signal donné). La force des premiers excitants entraîne la prédominance d'un « état défensif » qu'on peut considérer comme une forme mineure de névrose expérimentale. Le signal de l'excitant douloureux entraîne des réactions désordonnées et même une vive agitation de l'animal, apparaissant deux ou trois minutes avant l'introduction (tou-

jours à la même place dans le stéréotype) de ce signal. Mais, en outre, on observe la disparition des réflexes conditionnés salivaires, le refus de la nourriture.

Après injection de chlorpromazine (1 mgr./kg.), on note une atténuation des réactions au signal de l'excitant douloureux, qui deviennent plus adéquates (retrait simple de la patte) et une réapparition des réflexes conditionnels alimentaires. En outre, l'animal prend la nourriture qui lui est proposée. Ainsi, sous l'influence de la chlorpromazine, le trouble de l'activité nerveuse supérieure sous ses différents aspects s'est atténué : la « dominante défensive » s'est effacée, entraînant une désinhibition des réflexes conditionnés alimentaires.

On voit bien, nous semble-t-il, à travers une telle expérience, les mécanismes d'action des neuroleptiques. Non seulement ils atténuent l'excitation sous toutes ses formes, mais la disparition des inhibitions pathologiques permet la reprise de toutes les formes d'activité, de tous les contacts avec le monde extérieur. Encore faut-il que ces possibilités soient reconnues, mobilisées, entraînées. Sans doute, tout milieu humain le permet-il dans une certaine mesure, mais il apparaît très utile et même nécessaire de rechercher d'une façon plus systématique, d'organiser et parfois de créer de toute pièce les moyens d'y parvenir.

C'est en définitive l'enseignement essentiel de notre étude : l'action physiologique des neuroleptiques exige, pour porter tous ses fruits, des interventions thérapeutiques beaucoup plus larges, portant sur le milieu hospitalier, la rééducation des activités psycho-motrices, la reprise des rapports humains et, si possible, la solution des difficultés, des contradictions et des conflits auxquels nous attribuons un rôle si important dans la genèse des troubles mentaux. Sans quoi, cette action est en quelque sorte « perdue ».

DISCUSSION

M. H. BARUK. — M. Le Guillant a certes raison d'insister sur le danger de l'automatisme et de la prolongation indéfinie d'une thérapeutique. Mais cette vérité vaut pour toutes les thérapeutiques, même les meilleures. Il ne faut pas oublier que tout malade doit être examiné minutieusement et suivi pendant toute thérapeutique. Il est indispensable, en effet, qu'un dossier spécial soit établi. J'ai l'habitude de pratiquer, avant et pendant le traitement, un examen hématologique, courbe du pouls, de la température, de la tension artérielle, de l'indice oscillométrique, et aussi de l'électrocardiographie et de l'ergographie, moyen précieux pour évaluer, non seulement la fatigue, mais la mise en train psychomotrice. C'est là un test objectif du fonctionnement psychique et de l'action de la thérapeutique sur ce fonctionnement.

Pour l'administration du largactil, nous préférons donner le médicament en deux fois, une le matin, une le soir, en laissant le malade au lit toute la matinée et en évitant de donner le médicament au voisinage du repas de midi. Nous évitons rigoureusement l'association du largactil, surtout avec le phénergan, mais aussi avec les barbituriques ; la notion de potentialisation nous paraît néfaste. Enfin, les injections intra-musculaires de

largactil de 50 mgr. sont faciles en mélangeant l'ampoule avec une ampoule d'extrait hépatique injectable, ce qui favorise l'absorption du produit et compense aussi l'effet dépressif du médicament.

Dans un prochain travail, nous exposerons en détail nos résultats concernant les extraits de *Rauwolfia* (serpasil, , etc...). Ajoutons enfin que ce qui concerne l'agitation, toute agitation, doit nécessiter une enquête médicale pour en rechercher les causes et les traiter.

L'électro-choc prophylactique au dispensaire dans certains cas de psychoses maniaco-dépressives, par MM. H. DUCHÈNE et Ph. PAUMELLE.

Au cours de la rédaction de l'article sur les psychoses maniaco-dépressives du Traité de psychiatrie, l'un de nous avait été frappé par l'étude de Stevenson et Geoghegan (1951), sur la possibilité d'une action prophylactique des accès maniaco-dépressifs par un électro-choc mensuel.

Ces auteurs, ayant sélectionné un groupe de 24 malades qui avaient eu au moins deux accès maniaco-dépressifs et avaient favorablement réagi à une série d'électro-chocs, pratiquèrent pendant cinq ans un électro-choc mensuel à 13 d'entre eux, tandis que les 11 autres, qui avaient refusé, furent utilisés comme groupe de contrôle. Une seule rechute avait été observée dans le groupe recevant des électro-chocs prophylactiques, alors que, dans le groupe-témoin, tous les malades eurent une ou plusieurs rechutes.

La lecture de cet article coïncida avec le problème pratique posé par une malade, chez laquelle une telle thérapeutique semblait particulièrement indiquée. Elle avait été adressée à un dispensaire de l'O.P.H.S. par la clinique des maladies mentales (professeur Delay), qui a bien voulu nous communiquer l'observation suivante :

OBSERVATION. — Mme L..., née le 24 août 1886, avait été internée le 19 août 1952 pour un état mélancolique. Cette malade a toujours présenté une cyclothymie nette, à périodes longues, avec alternances maniaco-dépressives caractérisées. A des périodes dépressives durant cinq à six mois, succédaient des périodes d'excitation de durée analogue avec exubérance et prodigalité.

On ne relève aucun antécédent familial notable, et la dépression pour laquelle elle est admise en août 1952, semble avoir débuté en septembre 1951.

Hospitalisée en clinique en janvier 1952, elle y subit 8 électro-chocs, qui provoquent une amélioration permettant la sortie. Mais celle-ci est suivie de rechute 24 heures après.

Elle retourne alors dans une autre clinique, où elle reçoit 5 électro-chocs, et dont elle sort en juin 1952. Là encore, la rechute se fait le jour même de la sortie.

Au moment de l'admission à Sainte-Anne, elle est en mauvais état général, avec prostration, opposition, refus d'aliments, taux d'urée à 0 gr. 80,

sans autre signe somatique. Après un traitement tonicardiaque, l'urée sanguine baisse rapidement et on peut commencer des électro-chocs.

Au bout de 12 électro-chocs, la malade retrouve un état normal en septembre, et elle sort le 25 octobre 1952.

Etant donné les rechutes rapides après les deux hospitalisations précédentes, elle est adressée, pour être suivie en post-cure, au dispensaire de l'O.P.H.S. Son état se maintient de façon satisfaisante jusqu'en novembre de la même année 1952. On voit alors réapparaître un semi-mutisme, une présentation soupçonneuse, interprétante, et des préoccupations anxieuses.

Une série d'électro-chocs ambulatoires au dispensaire est entreprise le 3 décembre 1952. Au bout de six électro-chocs, on n'observe plus aucun signe dépressif et la malade se montre même légèrement hypomaniaque, enjouée, plaisantant avec le médecin et les assistantes du dispensaire. L'amélioration ne se maintient que pendant un mois, et une nouvelle rechute oblige à reprendre des électro-chocs en février 1953.

Pendant deux ans — du 3 décembre 1952 au 3 décembre 1954 — on va assister de la sorte à des rechutes de l'état dépressif après des périodes qui oscillent entre un mois et quatre mois après les séries d'électro-chocs. Pendant ces deux ans, la malade a reçu neuf séries d'électro-chocs, totalisant 48 séances.

En décembre 1954, devant l'impossibilité d'obtenir une rémission stable et de longue durée, on propose à la malade, et à ses enfants, qui assurent la surveillance et amènent leur mère au dispensaire très régulièrement, d'essayer la technique d'un choc prophylactique mensuel.

Au cours de l'année 1955 et du début de l'année 1956, la malade reçoit donc régulièrement une séance d'électro-choc par mois, la première ayant eu lieu le 6 janvier 1955, à un moment où la malade, sans être réellement dans un état dépressif, présentait quelques signes prémonitoires de la rechute.

Du 6 janvier 1955 au 23 avril 1956, la malade a donc reçu 15 électro-chocs, et elle n'a présenté aucune rechute caractérisée. Sans doute, elle a gardé un caractère assez morose, taciturne et bougon, mais à aucun moment elle ne s'est montrée interprétante ni anxieuse. Elle n'a pas non plus refusé de s'alimenter, ce qu'elle faisait régulièrement au cours de ses accès dépressifs antérieurs.

À la fin de cette période, nous avons d'ailleurs demandé à la famille de choisir entre les deux formules, l'une des séries d'électro-chocs à chaque rechute, l'autre d'un électro-choc prophylactique mensuel. La première avait amené à faire 48 séances en deux ans, soit 24 séances par an, — alors qu'en 1955, 12 séances avaient suffi à éviter des rechutes. Mais, comme le disait la fille de la malade, si celle-ci n'avait jamais été très mal, elle n'avait pas non plus été franchement bien. Toutefois, les enfants de la malade reconnaissent que la période de subexcitation qui suivait les électro-chocs était sans aucun doute plus agréable que le caractère morose habituel en 1955, mais qu'il y avait là une période dont le caractère pathologique et transitoire ne leur échappait pas, puisque cette courte phase hypomaniaque était rapidement suivie d'une rechute dans l'état dépressif. Tout compte fait, la famille et la malade elle-même préférèrent continuer les électro-chocs prophylactiques mensuels.

En résumé, devant une maniaque dépressive caractérisée, ayant présenté trois hospitalisations en un an et demi, avec rechute très rapide après la sortie, puis ayant fait neuf rechutes en deux ans avec des séries d'électro-chocs ambulatoires, totalisant 48 électro-chocs de décembre 1952 à décembre 1954, — un électro-choc mensuel a permis d'éviter toute rechute pendant quinze mois puisque, de décembre 1954 à avril 1956, la malade n'a présenté aucun accès dépressif.

Le scepticisme avec lequel nous avons accueilli cette possibilité de prophylaxie des accès dépressifs s'est trouvé ébranlé par cette observation. Sans doute, celle-ci appelle des réserves du fait qu'elle est isolée, mais elle confirme la publication de Stevenson et Geoghegan de façon suffisamment frappante pour que nous ayons jugé utile de la publier, dans l'espoir de susciter des confirmations ayant une valeur statistique.

Il va sans dire que nous pensons qu'une telle technique prophylactique ne saurait être indiquée que dans certains cas de psychose maniaque-dépressive caractérisée ayant déjà fait plusieurs accès et ayant à la fois une réaction favorable aux électro-chocs mais une rechute extrêmement rapide après ceux-ci. Il semble toutefois que cette action prophylactique doive être réservée à des cas beaucoup plus anciens et avec une fréquence de rechutes beaucoup plus élevée que celle indiquée par Stevenson. Cette technique nous paraît particulièrement intéressante dans les consultations de prophylaxie mentale de dispensaire. Nous ne saurions trop insister, en effet, sur l'économie d'hospitalisation que permet la pratique des électro-chocs ambulatoires en dispensaire, qu'ils soient pratiqués en série ou de la façon indiquée ci-dessus. Si nous prenons le cas de notre malade, qui s'ajoute à de nombreuses autres observations analogues de malades traités par électro-chocs ambulatoires en dispensaire, nous voyons que, de décembre 1952 à février 1956, les rechutes de cette malade l'auraient entraînée sans aucun doute à être hospitalisée de façon presque incessante. Il paraît certain qu'elle aurait passé au moins 20 mois sur 26 en service hospitalier, et c'est donc un minimum de 600 journées d'hospitalisation qui ont ainsi été évitées.

Bien entendu, en matière d'électro-chocs ambulatoires au dispensaire, en dehors des contre-indications d'ordre médical, il est indispensable de s'assurer qu'un milieu familial suffisamment disponible est prêt à fournir la surveillance du malade, à le conduire aux séances et à venir le rechercher. Ces exigences, tout en limitant les possibilités d'électro-choc ambulatoire, prophylactique ou non, permettent de l'appliquer pourtant à une proportion très importante de malades pour leur plus grand bénéfice et pour celui des collectivités de prise en charge.

DISCUSSION

M. P. ABÉLY. — La méthode que nous indiquent MM. Duchêne et Paumelle est couramment employée dans mon service aux consultations externes des anciennes malades, chaque mercredi.

Elle s'est en effet montrée très utile, car à des intermittents en imminence de rechute, donner des médicaments par voie buccale est pure illusion. Dans la majorité des cas, ils ne suivent pas les directives de l'ordonnance.

C'est surtout dans les toxicomanies que l'électro-choc préventif m'a donné les résultats les plus encourageants et les plus efficaces. Je connais deux toxicomanes qui, grâce à un électro-choc préventif (qui dissipe aussitôt leur état de besoin), ont renoncé à toute drogue depuis quatre ans. Dans la cure même de désintoxication, l'électro-choc accélère remarquablement cette cure, évite toutes les complications et permet le sevrage immédiat.

Chez les alcooliques, cette action de l'électro-choc préventif est également intéressante mais plus incertaine. Seul l'alcoolisme-maladie, c'est-à-dire celui lié à un état anxieux ou dépressif, se trouve heureusement influencé par cette méthode.

Election de deux membres correspondants nationaux

Après audition du rapport de M. LE GUILLANT, au nom d'une commission composée de MM. DUBLINEAU, SIVADON et LE GUILLANT, rapporteur, M. le D^r A. CORRE est élu *membre correspondant national*, par 19 voix sur 20 votants.

Après audition du rapport de M. Paul ABÉLY, au nom d'une commission composée de MM. ALLIEZ, CRÉMIEUX et Paul ABÉLY, rapporteur, M. le D^r M. DONGIER est élu *membre correspondant national*, par 19 voix sur 20 votants.

La séance est levée à 18 heures 30.

Le secrétaire des séances :

M. BERGERON.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 12 avril 1956

A propos du procès-verbal : action de la cortisone dans la sclérose en plaques, par MM. J. LHERMITTE, P. CASTAIGNE et Th. ALAJOUANINE

Les auteurs notent que si aucun accident n'a été noté dans les traitements de la sclérose en plaques par la cortisone, soit par voie générale, soit par voie intra-rachidienne, il apparaît que :

- 1° le traitement n'a pas d'action dans les formes évoluées de la maladie ;
- 2° les améliorations constatées s'intègrent dans l'évolution favorable, spontanée et momentanée de l'affection.

Tumeur du 3^e ventricule à type histologique de pinéalome ; début par diabète insipide, terminaison par syndrome de la calotte pédonculaire, par MM. L. POURSIDES, J. ALLIEZ et R. CARCASSONE.

Les auteurs ont observé un syndrome de la calotte pédonculaire, survenu à l'âge de 12 ans chez un enfant porteur d'un diabète insipide depuis l'âge de 5 ans. L'examen histologique a révélé la présence d'un pinéalome très étendu.

M. Cruner signale que le fait n'est pas exceptionnel, les pinéalomes étant des tératomes qui peuvent prendre naissance à distance de l'épiphyse.

Présentation d'un cas de diastématomyélie, par MM. P. LEFEBVRE, M.-R. KLEIN et Cl. FAURÉ.

Les auteurs présentent les radiographies après lipiodol d'une diastématomyélie, où apparaît très nettement l'image d'une épine osseuse médiane, de plus une synostose vertébrale. L'intervention chirurgicale a montré la présence, associée à la malformation osseuse, d'une tumeur dermoïde et lipomateuse. La paraplégie notée lors du premier examen a disparu lors de l'intervention.

Les cliniques atypiques du petit mal épileptique, par MM. J. ROGER, A. ROGER et H. GASTAUT.

Les auteurs rappellent que l'aspect clinique des crises n'est pas toujours en correspondance avec l'aspect électrique. C'est ainsi que les crises électriques typiques du petit mal se sont manifestées cliniquement, tantôt par des troubles visuels, ailleurs par des crises hallucinatoires, parfois même par des crises sensitives.

La thérapeutique du petit mal par l'épidisme a donné des résultats favorables.

M. Castaigne demande si la précision des appareils enregistreurs actuels est suffisante pour éliminer un début localisé très bref d'une crise secondaire généralisée.

Tumeurs parapharyngées du X^e du IX^e et du XII^e évoluant depuis 8 ans. Ablation, complète guérison opératoire, par MM. D. PETIT-DUTAILLIS, J.-A. CHAVANY, B. PERTUISET et H. FISCHGOLD.

Les auteurs ont observé, chez une malade présentant depuis huit ans une toux coqueluchoïde avec douleur du territoire du X^e, la survenue d'une tumeur para-pharyngée, déplaçant l'amygdale et s'accompagnant d'une amyotrophie de l'hémilangue droite. Sur les radios, il existe une augmentation de taille du trou déchiré postérieur. La phlébiographie jugulaire rétrograde révèle un rétrécissement au niveau de la base du crâne. L'intervention, par technique spéciale, découvre une tumeur intéressant le X^e, IX^e et XII^e et le sympathique, vraisemblablement d'origine glomique. L'ablation complète en est possible, une bonne réadaptation fonctionnelle est obtenue.

Pupille d'Adie en myosis relatif (présentation de malade), par MM. J. VOISIN et P. JUGE.

Les auteurs rapportent deux cas de syndrome d'Adie complet avec myosis.

M. Garcin pense qu'il faut distinguer de façon absolue le syndrome d'Adie avec sa mydriase et le symptôme de la pupille tonique.

Coagulation partielle des pédoncules antérieurs du thalamus ; à propos de 20 nouvelles observations et de l'étude anatomique et histologique de 2 cerveaux ayant subi cette intervention, par M.^{re} D. FERREY et Mme M.-L. CHEVREL.

A l'occasion de deux examens anatomiques de cerveaux ayant subi une coagulation des pédoncules antérieurs du thalamus, les auteurs notent qu'il n'existe pas de suffusion sanguine, ni d'adhérence dure-mérienne, que l'importance de la coagulation est toujours très petite et limitée dans toutes les dimensions. L'action thérapeutique n'est pas en rapport avec l'importance des lésions macroscopiques.

Nystagmus convergent : deux observations anatomo-cliniques d'un syndrome inconnu, par M. DIOGO FURTADO (Lisbonne)

L'auteur a observé un premier cas de nystagmus disjonctif convergent lors d'une pan-encéphalite diffuse, dans laquelle chaque secousse oculaire

s'accompagnait d'une flexion de l'avant-bras sur le bras, l'ensemble étant associé à une désintégration psychique très avancée. Dans un deuxième cas, le nystagmus était associé à un syndrome d'hypertension intracranienne secondaire à un pinéalome atteignant les péduncles quadrijumeaux et la calotte pédonculaire. La comparaison des lésions anatomiques de ces deux cas fait envisager l'existence d'un système complet de régulation des mouvements oculaires, constitué de fibres unissant des formations grises multiples. Il semble que l'on doive éliminer l'hypothèse du noyau unique, qui paraît incapable de régler à lui seul les mouvements de convergence.

Syndrome apraxo-agnosique oxycarboné, par MM. R. FAU, B. ANDREY et J. LE MEN.

Les auteurs ont observé la survenue d'une intoxication oxycarbonée, d'un syndrome apractognosique, comportant une perte de la mémoire topographique, une apraxie constrictive et une acalculie ; le syndrome confusionnel était réduit au minimum et les troubles apractognosiques étaient parfaitement conscients.

Abcès cérébraux à corynebactérium, complication d'une pentalogie de Fallot, guéris par interventions neuro-chirurgicales successives, par MM. R. LAFON, R. LABAUGE, J. CADILHAC, B. VLAHOVITCH et Mlle A. SUITE.

Les auteurs rapportent l'observation d'une malade de 19 ans atteinte de cardiopathie congénitale cyanogène, chez laquelle surviennent deux abcès cérébraux à corynebactérium liquifiants ; guérison opératoire. L'exploration cardiologique permet d'identifier la malformation cardiaque à une pentalogie de Fallot, pour laquelle une anastomose de Blalock est secondairement pratiquée avec succès. L'intérêt de l'observation tient surtout au résultat de la double action chirurgicale encéphalite et cardiaque, jusqu'à présent jamais réalisée dans de tels cas.

L'imprégnation gazeuse de la selle turcique au cours de cisternographie, par MM. R. LAFON, R. LABAUGE, S. CADILHAC et A. PAGÈS.

Les auteurs ont constaté, à deux reprises, la présence d'une bulle gazeuse intrasellaire après cisternographie. La première observation qui a comporté une confrontation anatomo-radiologique correspond à un adénome hypophysaire en grande partie nécrosé, logé dans une grosse selle turcique ; l'image obtenue dans le deuxième cas (myxoédème hypophysaire post-traumatique avec selle turcique de dimensions normales) est en faveur d'une nécrose partielle de l'anté-hypophyse. L'imprégnation gazeuse de la loge hypophysaire est donc réalisable dans quelques cas exceptionnels, témoin de la nécrose d'une tumeur ou de l'hypophyse elle-même.

Essai d'une technique précise d'exploration électrique de la sensibilité cutanée. Traduction en courbes d'excitabilité « intensité-durée », par MM. HUGO-BIANCANI, G. GUIOT et Mlle G. GIBETTEAU.

Les auteurs montrent que les courbes d'excitabilité « intensité-durée » fournissent une excellente traduction de la sensibilité électrique des neu-

rones sensitifs périphériques et qui, en les traçant avant et après séance de traitement et durant toute la durée de la cure, ils obtiennent des variations du profil de ces courbes, qui correspondent parfaitement à l'évolution clinique en fonction de la thérapeutique instaurée. Cette méthode permet de préciser et de chiffrer les notions qualitatives et quantitatives qui sont : l'hypoesthésie, l'anesthésie, la normoesthésie et l'hyperesthésie.

Angiomatose cutanéocérébrale. Documents anatomiques, par MM. DE AJURIAGUERRA, G. HEUYER, D. DOLFUS et Ch. DELL.

Les auteurs ont fait une étude anatomique d'une angiomatose cutanée dépassant le territoire du trijumeau, caractérisé cliniquement du point de vue neurologique par une arriération psychique, épilepsie et troubles oculaires. Au point de vue anatomique, les lésions méningées couvrent les 2/3 de l'hémisphère droit. Les lésions corticales se caractérisent par des calcifications et une gliose très importante.

Lésions vasculaires et gliose se retrouvent également au niveau de la substance blanche. L'examen anatomique de l'œil met en évidence un angiome choroidien. Au niveau de l'hémisphère cérébelleux contro-latéral, outre l'atrophie globale, on met en évidence une angiomatose méningée ayant entraîné des atrophies lamellaires avec disparition des cellules de Purkinje.

Le tremblement idiopathique. Action parfois remarquable de fortes doses de pyridoxine, par MM. J. SIGWALD, D. BOUTTIER, Cl. PIOT, Mlle HEBERT et M. J. DEREUX.

Les auteurs rapportent les résultats qu'ils ont obtenus avec de fortes doses de pyridoxine dans le traitement de seize cas de tremblement idiopathique. Ils ont ainsi traité six cas de tremblement sénile, sept cas de tremblement de l'âge moyen et trois cas de tremblement juvénile. Sauf dans un cas, ils ont obtenu des résultats très favorables, et parfois même spectaculaires, tout particulièrement dans cinq cas de tremblement sénile très intense. Ils projettent un film qui illustre le résultat : un malade de 68 ans, atteint d'un tremblement d'action qui le gênait dans tous les gestes de la vie courante, se trouve transformé après huit jours de traitement et ne présente qu'un très faible tremblement. Les doses utilisées sont de 250 à 500 mgr. par voie intra-musculaire, de 250 à 750 mgr. par voie buccale, en 24 heures, mais cette dernière constitue un traitement d'entretien dans l'intervalle des séries d'injection.

L'effet est durable, mais on ne sait s'il est définitif. Rappelant les principaux caractères cliniques du tremblement idiopathique, les auteurs insistent sur l'importance de l'exagération de la passivité, qui constitue un stigmate constamment retrouvé dans toutes les variétés des tremblements idiopathiques.

Elie FOUQUIER.

Dans le compte rendu de la Société du 1^{er} mars, la communication « Indications de l'hydro-cortisone intra-rachidienne en thérapeutique neurologique. Etude des incidences biologiques » a pour auteurs MM. R. TURON et M. GARDE (et non pas J. TURES et Ed. GARDE).

Groupement français d'études de neuro-psycho-pathologie infantile

Journée nationale du groupement, Clermont-Ferrand

Dimanche 6 mai 1956

SUJET : SCHIZOPHRÉNIES INFANTILE ET JUVÉNILE

Présidence : M. Clément LAUNAY, vice-président

La schizophrénie infantile.

Rapporteurs : MM. AUBIN, Mlle MESTAS et M. CLAVEIROLE

Après avoir discuté le cadre nosographique de la schizophrénie infantile, les auteurs distinguent deux groupes de faits : d'une part, les syndromes parcellaires évoquant le tableau de la schizophrénie, — mais sans désorganiser la personnalité —, d'autre part les schizophrénies authentiques, processuelles au sens de Jaspers.

Les syndromes parcellaires comprennent des syndromes psycho-moteurs (éléments catatoniques, tics, stéréotypie avec maniérisme, inhibition confinant à la stupeur), il s'agit d'autre part d'attitudes morbides (blocage rappelant le négativisme, pseudo-héboïdophrénie, atypisme clinique).

Les processus schizophréniques comprennent des syndromes démentiels (démence précocissime), dissociatifs (forme catatonique, hallucinatoire, délirante, désinsérative). Le rapport envisage également les problèmes diagnostiques, pronostiques, évolutifs, étiologiques, thérapeutiques, que pose cette affection, dont les cadres sont finalement mal connus.

Communications

MM. HEUYER, LANG, Mme RIVAILLE et Mlle JURÉDIEU : Aspect clinique des schizophrénies de l'adolescence (hébéphrénie) traitées par l'insuline.

MM. LÉON MICHAUX, D. DUCHÉ et C. STEIN : Difficulté de la discrimination d'une démence précocissime et d'une arriération mentale évolutive. A propos d'une observation.

M. S. LÉBOVICI : Aspect psycho-dynamique et essais de psychothérapie dans la schizophrénie infantile.

MM. LÉON MICHAUX, D. DUCHÉ et C. STEIN : Explosion subite d'un syndrome hallucinatoire net, complexe chez un garçon de 13 ans. Discussion du diagnostic et du pronostic.

Mlle L. MOOR : Données et limites de l'examen psychologique des enfants schizophrènes.

Mme SHENTOUB et M. JAMPOLSKI : Aspects psychologiques du début des schizophrénies de l'adolescence (hébéphrénie).

MM. LÉON MICHAUX, H. FLAVIGNY, D. DUCHÉ et Mme RACLOT : Un diagnostic différentiel délicat de la schizophrénie infantile : les démences organiques. A propos d'une observation de démence chez un épileptique hémiplégique.

MM. LECABLE, LELORD et FARDEAU : Aspects électro-encéphalographiques des schizophrénies de l'adolescence (hébéphrénie).

MM. H. FELD, MISÈS et LANDRY : Encéphalographie gazeuse des schizophrénies de l'adolescence (hébéphrénie).

MM. Clément LAUNAY et TRÉLAT : Un cas de schizophrénie infantile.

Mme RAGU-FREY : Démence précocissime et milieu familial. A propos d'une observation.

MM. HEUYER et LANG : Premiers résultats d'une enquête portant sur 20 cas suspects de schizophrénie.

S. LEBOVICI.

Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy

Séance du 14 avril 1956

Présidence : M. le Docteur FREY (Rouffach)

La fiche de Sandor dans les syndromes discordants (note préliminaire),
par MM. J. POUGETOUX, H. DEUTSCH, H. MAYER et M. GLEYE (Ravenel).

Après un rappel de quelques notions de pathologie générale concernant le système réticulo-endothélial, auquel fait suite une vue d'ensemble sur la place laissée par ce système en psychiatrie, les auteurs proposent l'étude de la fiche réticulo-endothéliale de Sandor comme procédé d'approche de ces modifications éventuelles dans les syndromes discordants. Exposé des premiers résultats obtenus par l'examen de 17 malades présentant un syndrome discordant et ayant pour la plupart fait l'objet de multiples thérapeutiques de choc. Chez 13 malades, le diagramme de solubilité des protéides est en fonction du pH, normal ou légèrement dévié vers la région alcaline (légère

augmentation du rapport γ -globuline sur globuline totale), chez deux malades présentant un syndrome discordant à forme hébéphrénocatatonique typique, le diagramme est fortement dévié vers la région alcaline avec diminution du taux des englobulines. Déviation acide (avec augmentation du rapport α -globuline sur globuline totale) chez une malade.

Données cliniques sur la maladie de Sturge-Weber-Krabbe, par MM. J.-R. COHEN, R. POIRÉ et Ch. COLMAR (Nancy).

Deux cas de maladie de Sturge-Weber-Krabbe, de symptomatologie particulièrement complète : angiome de la face, syndrome ophtalmologique caractérisé par un angiome conjonctival et un glaucome chronique homolatéral au nævus flammeux sans modification nette de l'angle irido-cornéen, syndrome psychiatrique caractérisé par l'association hémiparésie, épilepsie (équivalents giratoires et procursifs et crises typiques débutant par une rotation de la tête du côté opposé aux lésions), oligophrénie (quotient intellectuel : 45 au Wechsler-Bellevue) chez l'un des deux malades, par l'association hémiparésie faciale, oligophrénie (quotient intellectuel : 50), troubles caractérisés chez le second. Du point de vue radiologique, en plus des calcifications classiques, dans les deux cas, syndrome d'hémi-hypertrophie crânienne : dilatation du sinus frontal du côté des calcifications, atrophie dans l'un des cas, agénésie complète dans l'autre du sinus frontal opposé, asymétrie de la voûte, épaississement de l'os, qui prend un aspect poreux du côté des lésions ; atrophie cérébrale nette, enfin, dans les deux cas, mais sans asymétrie. L'intérêt des examens électro-encéphalographiques est de mettre en évidence : d'une part, des signes de souffrance cérébrale diffusée aux deux hémisphères ; d'autre part, des altérations localisées, dont la localisation se superpose exactement à la topographie radiologique des calcifications, semblant ainsi prouver la répercussion de ces calcifications sur l'activité électrique du cortex.

Alcoolisme chronique et atrophie cérébrale. A propos de quelques observations, par MM. M. THIÉBAUX, M. LAVAUX, P. HAURE-PLACÉ et G. ROUSSEAU (Ravenel).

Dix observations de malades atteints d'alcoolisme chronique, où l'encéphalographie gazeuse a révélé des atrophies cérébrales sous-corticales (dilatation souvent énorme des ventricules cérébraux) ou corticales (élargissement des espaces sous-arachnoïdiens et des sillons hémisphériques). Dans tous ces cas, les autres étiologies atrophiantes ont été éliminées. Tous ces malades, parmi lesquels deux cas de psychose de Korsakoff et une pseudoparalysie générale) avaient un affaiblissement éthique et intellectuel dont l'importance faisait entrevoir un substratum organique que l'encéphalographie gazeuse n'a fait que confirmer. Les auteurs notent comme symptômes constants des céphalalgies et une tendance à la somnolence, mais jamais de symptômes neurologiques particuliers, quelle que soit l'importance de l'atrophie. Ils sont d'avis que l'encéphalographie gazeuse, pratiquée d'une façon plus systématique chez les alcooliques chroniques, en particulier dans les hôpitaux psychiatriques, pourrait fournir des données intéressantes sur la fréquence des processus d'atrophie cérébrale d'origine toxique.

Délire passager de négation d'un membre supérieur après arrachement du plexus brachial, par MM. Th. KAMMERER, L. SINGER et L. HOLDERBACH (Strasbourg).

Observation d'un homme de 32 ans, avec arrachement du plexus brachial droit. Coma prolongé puis syndrome excito-confusionnel avec délire de négation portant sur le membre supérieur paralysé. « C'est le bras d'un géant de 1644, pesant 90 kg. » Persistance de ce délire jusqu'à la disparition du syndrome confuso-onirique quelques semaines après. Apparition de douleurs lorsque le membre supérieur droit paralysé est à nouveau intégré dans le schéma corporel. A noter les antécédents alcooliques du sujet. Pas de focalisation à l'électro-encéphalogramme. Les auteurs insistent sur l'importance pathogénique du délire qui avait nécessité, d'une part une commotion cérébrale sur un terrain d'alcoolisme chronique, donc une origine centrale, et, d'autre part, une lésion neurologique périphérique grave.

Étude d'un comportement régressif dans un cas d'encéphalite, par MM. Th. KAMMERER, L. ISRAËL, R. DOREY et P. GEISSMANN (Strasbourg).

Présentation d'un cas d'encéphalite d'origine virale probable. Les auteurs décrivent la régression progressive de ce sujet, antérieurement d'intelligence et d'adaptation normale. Ils soulignent le comportement alimentaire, sexuel et moteur de ce malade : boulimie, masturbation génitale et anale, gâtisme par indifférence, stéréotypies de balancement. L'atrophie cérébrale évolue rapidement, parallèlement à la déchéance psychique. L'étude approfondie de tels cas est d'un intérêt capital pour l'établissement de relations biopsychologiques objectives.

Réflexions au sujet des Nord-Africains hospitalisés à la Clinique psychiatrique de Strasbourg, par M. L. ISRAËL (Strasbourg).

L'étude des dossiers de Nord-Africains récemment hospitalisés à la clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Strasbourg, montre qu'il existe un certain nombre de syndromes particulièrement fréquents chez ces sujets : c'est le cas de l'hypocondrie résignée évoluant en attitude revendicatrice, et de l'ivresse pathologique à forme agressive. Mais, d'autre part, les dossiers montrent que, le plus souvent, les hospitalisations sont motivées par la situation sociale ou matérielle des sujets. Mais, dans 25 % des cas, l'hospitalisation était immotivée, ou « justifiée par des mesures disciplinaires », des refus d'admission dans d'autres cliniques qui trahissent les motifs passionnels ou racistes extra-médicaux. Ces considérations ne devraient pas être négligées à l'époque actuelle.

Evolution d'un cas de psychose revendicatrice avec grave réaction anti-sociale et problème qu'elle pose, par MM. BEAUDOIN, M. PAUGAIN, P. BALLAND et A. PARMANTIER (Nancy).

Observation d'un jeune homme paranoïaque, qui présente une psychose revendicatrice avec idée obsédante de préjudice. Plusieurs tentatives d'assassinat au cours d'un paroxysme passionnel. Interné depuis trois ans, l'in-

fluence modératrice de l'isolement et de la psychothérapie ont amené partiellement le sujet à convenir de la morbidité de ses actes ; mais les auteurs ne pensent pas, du fait de la persistance de sa constitution paranoïaque, le libérer encore à l'heure actuelle.

A propos d'un cas de kleptomanie, par MM. P. ROYER, M. BEISS, M. PAUGAIN et P. BALLAND (Nancy).

Malade dépisté lors d'une expertise : les vols impulsifs dont il est inculpé paraissent au premier examen des réactions de compensation chez un immaturé affectif et sexuel. Pourtant, l'expert, intrigué par l'association des troubles instinctifs et de déséquilibre neuro-endocrinien poursuit systématiquement enquêtes et examens. L'enquête apprend que deux sœurs du sujet souffrent de maladies du collagène (rhumatismes articulaires aigus et lupus érythémateux aigu). Les examens complémentaires, en particulier l'électro-encéphalogramme, indiquent chez le malade une atteinte d'encéphalique. On sait que certains auteurs invoquent une théorie hormonale (dysharmonie du couple anté-hypophyse, surrénale) pour expliquer certains aspects de maladie du collagène. La rencontre dans une même fratrie de deux sujets porteurs de ces affections et d'un troisième présentant à l'électro-encéphalogramme des signes d'atteinte d'encéphalique mérite d'être mentionnée.

Remarques à propos de la cure de sommeil potentialisée dans les délires chroniques systématisés, par MM. R. LANTER et A. SIFFERMAN (Rouffach).

Incidence d'un processus comitial chez un ancien topectomisé en cours de psychothérapie, par M. R. LANTER (Rouffach).

Perspectives d'ergothérapie mixte, par M. P. ROYER, Mme CAHEN-DAMPT, MM. P. BALLAND et M. PAUGAIN (Nancy).

La nécessité s'est fait sentir, au cours de ces derniers mois, de développer des sections ergothérapiques, afin d'y occuper des malades aigus, dans l'intervalle et au cours de leurs traitements. Dans ce but, divers ateliers ont été créés, dirigés par des moniteurs spécialisés : tapisserie, tissage, rotin, vannerie, bois à découper, céramique, galvanoplastie artistique ; enfin, art-thérapie groupant : dessin, peinture, pyrogravure, cuir et cuivre repoussés. Dans ces différentes sections, travaillent en commun des malades hommes et femmes. Il s'avère que ce côtoiement ne pose aucun problème de surveillance, mais crée au contraire une certaine stimulation.

Les variations pondérales au cours de la cure de réserpine. Etude statistique, par M. H. MAUREL, Mlle WILHELM et M. J.-P. SPIELMANN (Rouffach).

Chez 137 malades traitées par la réserpine, les auteurs étudient les variations statistiques de la courbe de poids, comparées à celles d'un groupe-témoin. La cure de réserpine provoque, dans 82 % des cas (contre 29 % dans le groupe-témoin) des augmentations pondérales. Ces augmentations sont particulièrement significatives et fréquentes dans les psychoses chroniques

(84 %), et proportionnelles le plus souvent à la durée de la cure, sans que paraisse intervenir notablement la posologie utilisée. Au cours de traitements d'une longueur supérieure à six mois, le médicament peut provoquer de véritables obésités thérapeutiques dont les auteurs ont observé trois cas. Les prises de poids sont moins fréquentes dans la mélancolie, où, d'autre part, la réserpine est souvent inefficace.

Accident mortel par association de l'électrochoc à une cure de réserpine,
par M. DE BAUDOIN (Hoerd).

L'électro-choc est pratiqué au cours d'une cure de 6 mgr. de réserpine par jour. La mort survient pendant la période d'apnée qui suit la crise convulsive. D'autres réactions sévères sont observées chez d'autres malades dans les mêmes conditions. « Ces résultats sont à rapprocher de la statistique publiée par M. W. Foerster et F.-F. Cayle (*J.A.M.A.*, 17 décembre 1953) ».

L'électro-encéphalographie sous curare en psychiatrie, par MM. Ch. FEUILLET, J. MERCIER et R. POIRÉ (Nancy).

Exposé d'une technique de curarisation permettant d'obtenir des données électro-encéphalographiques valables, même chez des psychopathes agités ou opposants. Le curarisant de synthèse employé (3697 R.P., flaxedil) est administré en perfusion lente selon une posologie précise. 67 enregistrements ont été réalisés sans accident, la durée de l'atonie-acinésie entretenue ayant pu atteindre quatre heures. Les auteurs ont vérifié, par une étude comparative, que la curarisation ainsi pratiquée n'introduit aucune modification majeure du tracé électro-encéphalographique tant qu'une ventilation pulmonaire suffisante est assurée. Ce contrôle respiratoire peut être exercé commodément par un dispositif électronique simple. La méthode prête à quelques observations sur la physiopathologie des curarisants.

Comportement de la cholinestérase sérique au cours des traitements par le serpasil, par MM. J. POUGETOUX, M. DEUTSCH et H. MAYER (Ravenel).

Au cours des traitements par le serpasil, à une posologie comprise entre 2 et 8 mgr., on observe en général une baisse du taux de la cholinestérase sérique. Chez deux malades, cette baisse du taux de la cholinestérase sérique a été corrélative d'une déviation acide du diagramme des protéides sériques en fonction de pH. Il s'agissait en l'occurrence des deux malades, chez lesquelles la bradycardie observée oscilla autour de 50 pulsations à la minute. Rappelant les rapports de la cholinestérase sérique et de l'activité du système réticulo-endothélial selon la thèse de Laborit, les auteurs émettent l'hypothèse d'une action du serpasil sur le fonctionnement du système réticulo-endothélial.

L. SINGER.

Société de neuro-psychiatrie médico-sociale de la région Lyonnaise

Réunion du 27 novembre 1955

Présidence : Docteur L. BERIEL

Etude de l'excrétion de la folliculo-stimuline hypophysaire et de la cytologie vaginale chez des malades mentales traitées à l'insuline, par MM. P. BROUSSOLLE, P. HAOUR, J. RAYMOND.

Plusieurs travaux récents ont mis l'accent sur la possibilité d'une action propre de l'insuline, indépendante de sa fonction hypoglycémiante. D'autres mettent en évidence une influence de l'insuline sur la sécrétion corticotrope de l'hypophyse. Ces faits ont incité les auteurs à étudier la sécrétion d'une autre hormone hypophysaire : la folliculo-stimuline-folliculo-stimuline hypophysaire. Il ressort de leurs examens que l'insuline exerce une action indiscutable sur le taux d'excrétion de la folliculo-stimuline hypophysaire et sur la cytologie vaginale :

1) Sur l'épithélium vaginal, cette action se manifeste par :

d'une part, une stimulation de type œstrogénique mais toujours faible, difficile à mettre en évidence, sans comparaison avec celle que provoquent les œstrogènes ;

d'autre part, une action de type lutéinique, qui semble la plus fréquente et la plus facile à obtenir. Cette action est manifeste en particulier, toutes les fois qu'une injection d'œstrogènes est associée à la cure insulinique.

2) Sur les folliculo-stimulines hypophysaires, l'insuline exerce une action inconstante, variable avec les doses utilisées, la durée du traitement, et certainement avec les facteurs individuels.

D^r BOURRAT.

Alcoolisme féminin, données statistiques et psychopathologiques, par MM. MASSOT, HAMEL et DELIRY.

L'enquête de Massot et ses collaborateurs porte sur une région essentiellement rurale. Les auteurs étudient les formes d'alcoolisme féminin traitées ces dernières années à l'hôpital psychiatrique de Bourg.

Après une revue des divers facteurs psycho-pathologiques que l'on peut invoquer, ils essaient de dessiner le profil psychologique de la femme alcoolique et concluent que l'alcoolisme féminin est avant tout une « toxicomanie » qui ne représente qu'un des aspects pathologiques d'une personnalité profondément troublée.

D^r BOURRAT.

Hématome intra-cérébral spontané à symptomatologie pédonculaire, par MM. L. BOURRAT, M. FAVIER, J. BERNOT, P. JUILLET, R. PUTELAT.

Cette hémorragie cérébrale droite survenue chez un jeune homme de 29 ans indemne de syphilis et de néphrite a évolué en 40 jours avec des phases de rémission.

Le tableau clinique initial a été celui de l'hémiplégie alterne de Weber avec réaction inflammatoire du liquide céphalo-rachidien sans trace de sang, sans œdème papillaire.

Les constatations nécropsiques ont montré l'importance de l'engagement temporal et l'attrition de la partie droite du pédoncule par la compression de l'hématome, caillot déjà organisé, dont la mince coque n'était cependant pas rompue.

D^r BOURRAT.

Deux cas récents de manifestations psychiques dues à la Conessine, par M. FAVIER, M. RÉBATEL, J. BERNOT, P. JUILLET.

La conessine alcaloïde, extrait de l'Holarrhena, possède une action spécifique dans les diverses manifestations de l'amibiase aiguë. Elle offre cet avantage sur l'émétine de pouvoir s'administrer par voie buccale (comprimés de 0,10 cgr.). On recommande de ne pas dépasser la dose de 50 cgr. par jour et de 5 gr. par cure.

Les accidents neuro-psychiques qu'elle provoque sont exceptionnels. On signale toutefois de l'insomnie, de l'excitation psychomotrice et de l'anxiété. Les victimes de ces complications sont en général des prédisposés. La guérison s'observe habituellement par traitement médicamenteux (gardénal, phénergan). Dans certains cas, il faut recourir aux électro-chocs.

D^r BOURRAT.

Formes mentales de la chorée aiguë de Sydenham, par MM. R. FAU et R. CHATEAU.

Les auteurs rapportent trois observations chez des adolescents de chorée de Sydenham marquées par des épisodes psychiatriques inquiétants.

Pour les deux premiers, le délire hallucinatoire avec excitation psychomotrice intense a été heureusement et rapidement calmé par la chlorpromazine.

La troisième histoire clinique faisait redouter un affaiblissement intellectuel, tant paraissait accusée la régression scolaire. Au bout d'un an, la guérison était complète et la reprise des études satisfaisante.

D^r BOURRAT.

A propos d'un mode nouveau de psychothérapie : l'accouchement sans douleur par psychoprophylaxie, par P. BALVET, A. ECONOMIDES, H. VERMOREL et C. NACHIN.

Les auteurs ont jugé utile de présenter à la Société de neuro-psychiatrie une communication sur une nouvelle technique psychothérapique : la méthode psycho-prophylactique de suppression des douleurs de l'accouche-

ment. Si son objet n'est pas à proprement parler du domaine de la pathologie neuro-psychiatrique, il n'en reste pas moins qu'elle se rattache étroitement à toute l'histoire de la psychothérapie et que ses enseignements ne sont pas sans conséquences pour le traitement des maladies nerveuses. Il faut également souligner que l'élaboration de la psycho-prophylaxie est avant tout l'œuvre de psychiatres.

Cette psychothérapie, qui se fonde sur une connaissance physiologique plus approfondie des mécanismes de la douleur, qui est réalisée à large échelle avec des résultats constants, qui est une technique simple, accessible à tous les médecins, paraît être un événement d'importance capitale dans l'histoire de la psychothérapie, et devoir susciter dans l'esprit du neuro-psychiatre d'utiles réflexions. Il ne s'agit d'ailleurs pas, dans un temps aussi court, d'exposer l'ensemble des problèmes soulevés par la psycho-prophylaxie mais d'essayer de replacer cette méthode dans l'évolution des psychothérapies.

D^r BOURRAT.

Considérations sur le traitement par la chlorpromazine associée à la thérapeutique spécifique dans la P. G. (à propos de deux cas récents), par Ch. BERTHIER, M. BONNERU-COUCHOUD, J. BARNAUD.

Résumé. — Les auteurs rapportent deux observations de méningo-encéphalite diffuse qu'ils ont traitée par le largactil et la pénicilline, puis les médications anti-syphilitiques classiques : stovarsol Quinby.

Ils attirent l'attention sur l'action sédatrice rapide de la chlorpromazine pour l'excitation maniaque et les délires mégalomaniacs des paralytiques généraux. L'innocuité de cette thérapeutique associée n'est pas discutable et son efficacité s'affirme par les résultats de la ponction lombaire et de la sérologie.

D^r BOURRAT.

Du diagnostic d'encéphalite chez l'enfant : étude rétrospective et essai de démembrement, par M. C. KOHLER, Mme LEVIN-PACAUD.

Ce travail intéressant a déjà été publié dans la revue *Pédiatrie*, n° 4, 1955. Reprenant les dossiers d'enfants hospitalisés à la Clinique universitaire pour un bilan de déficits neuro-psychiatriques complexes, les auteurs notent :

1° la rareté des cas où un « syndrome encéphalitique » peut être valablement incriminé comme étiologie ;

2° la méconnaissance encore fréquente du rôle de la coqueluche et des pneumopathies aiguës dans les « encéphalites secondaires » à une maladie infectieuse ou contagieuse ;

3° la possibilité de porter rétrospectivement, croient-ils, le diagnostic de phlébite cérébrale dans une proportion importante des cas « d'encéphalite primitive ». La conduite thérapeutique diffère suivant ces deux catégories.

D^r BOURRAT.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 28 avril 1956

Présidence : M. J. DE BUSSCHER, président.

Considérations générales sur l'usage de la chlorpromazine en psychiatrie,
par MM. Ch. ROUVROY, L. D'HOLLANDER, GUILMOT et BUISSE.

Les auteurs relatent leur expérience de la chlorpromazine dans le traitement de 192 cas chroniques et 27 cas aigus de psychoses diverses. C'est dans le groupe des paraphrènes et chez les maniaques qu'ils ont obtenu les résultats les meilleurs. Dans les paraphrénies, les cas qui comportent un élément cyclothymique répondent le mieux au traitement. Dans l'ensemble des cas, le traitement facilite la psychothérapie et la resocialisation des malades. Les doses n'ont jamais dépassé 400 mgr. en moyenne.

Certaines complications neurologiques, allergiques, circulatoires, digestives et toxiques, sont signalées.

Affectivité d'allure paradoxale dans quelques états pré-délirants, par
M. H. COLLON.

Après un rappel des théories clinique, analytique et existentielle de la prédisposition au délire, l'auteur relate quatre cas dans lesquels l'affectivité faite de confiance exagérée ou d'amour avant l'éclosion du délire s'est transformée en méfiance et en haine pour les mêmes objets.

L'état prépsychotique n'a pas été observé mais reconstitué par l'interrogatoire des malades.

Utilisation de l'androstanolone en thérapeutique psychiatrique, par
Mme S. DURET-COSYNS.

L'auteur a fait l'essai de cet androstéroïde de synthèse (hermalone Rousel) dans divers syndromes dépressifs. Les résultats se sont montrés très encourageants, surtout dans les dépressions simples qui ont répondu par une amélioration rapide dans les trois quarts des cas. De bons résultats ont été obtenus aussi chez 4 mélancoliques qui avaient résisté aux thérapeutiques de choc, tandis que 4 autres sont restés inchangés.

Dans les névroses et la psychasthénie, la psychothérapie est facilitée par une amélioration de l'humeur.

L'auteur conclut que cette thérapeutique peut rendre de grands services. Elle nécessite certaines précautions chez les femmes non ménopausées.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Culture, psychiatrie et valeurs humaines. Les méthodes et l'importance de la psychiatrie sociale, par MARVIN K. OPLER. (Ch. G. Thomas, éditeur, Springfield, Illinois, 1956, 242 pages).

Le livre comprend deux parties. La première a trait aux fondements sociaux et culturels des maladies mentales. S'appuyant sur des considérations méthodologiques de la psychiatrie sociale, l'auteur montre l'importance des rapports épidémiologiques et étiologiques dans l'étude des troubles psychiques, le rôle considérable joué par les désordres psychiatriques dans une nation ou une région. L'exposé des multiples causes qui interviennent dans le développement des valeurs humaines concernant la personnalité et la culture fait l'objet d'un chapitre particulièrement documenté. La psychopathologie des peuples présente des caractères bien différents ; il en résulte des particularités dans les formes des psychoses fonctionnelles, en particulier dans les schizophrénies et les désordres affectifs. La comparaison est faite entre les comportements des Africains, des Européens, des Océanien, des Américains, et entre leurs troubles mentaux. Le rôle important joué par la position biosociale est traité dans un chapitre spécial ; l'auteur montre comment et combien de nombreux problèmes psychotiques peuvent ainsi être éclairés, ainsi que ceux qui concernent la typologie ; mais il ne faut pas confondre « culture et clinique ».

La deuxième partie est consacrée à la psychologie des différentes cultures des peuples. L'auteur montre d'abord comment les rapports culturels humains, par leurs interdépendances, leurs contrôles, leurs contrastes, peuvent se développer dans une société, dans une famille, dans des organisations. Le dernier chapitre a pour titre « Culture et psychiatrie ». Après avoir passé en revue les données de la psychiatrie sociale, l'auteur montre que les intérêts classiques de la psychiatrie, au point de vue diagnostique et thérapeutique, sont fortement associés à l'étude de la prévention et de l'atténuation des désordres mentaux dans les groupes socio-culturels, ainsi qu'à l'amélioration des troubles mentaux épidémiologiques dans les classes dans lesquelles les sujets, par leur ajustement et leur adaptation, n'atteignent pas le maximum de santé et de tendances créatrices.

Ce livre, brillamment documenté, est une revue critique des connaissances portant sur la psychiatrie et les sciences sociales. Il démontre comment les études des cultures peuvent éclairer certaines hypothèses psychiatriques. Les psychiatres, les sociologues, les hygiénistes, les anthropologistes, les typologistes, et tous ceux qui s'intéressent aux problèmes humains, le liront avec grand profit. (24 pages sont réservées à la bibliographie, aux références et à l'index).

L. MARCHAND.

Formes peu communes d'épilepsie centrencéphalique, par D. A. HOWELL, *Brain* (vol. 78, fasc. 2, 1955, p. 199).

Dans une note spéciale, l'auteur précise que l'épilepsie centrencéphalique, ainsi dénommée à Montréal, est aussi appelée par d'autres cliniciens : gèneine, idiopathique, essentielle, crypto-génétique, petit mal, épilepsie centrale. Après ce renseignement, qui est utile, il rapporte des formes spéciales centrencéphaliques qui diffèrent du petit mal, du petit mal avec automatisme, du petit mal et du grand mal, qui sont des accidents centrencéphaliques, et ces crises spéciales peuvent simuler des crises ayant un foyer cortical. C'est le tracé électro-encéphalographique, représenté par des décharges bilatérales synchrones de trois pointes-ondes par seconde, qui caractérise l'épilepsie centrencéphalique. Comme crises centrencéphaliques anormales, l'auteur décrit d'abord des crises sans perte de connaissance, des crises avec phénomènes moteurs tels que faiblesse spontanée dans un bras, tremblement bilatéral, secousses violentes, déviation de la tête, fixité du regard ; ces troubles ne s'accompagnent pas de perte de conscience. Les phénomènes sensoriels consistent en vertiges, en bruits soudains, en éblouissements. Les troubles sympathiques sont plus rares ; sensation d'arrêt cardiaque, picotement brûlant dans la tête, contractions épigastriques. Deux cas d'hémiplégie transitoire post-paroxystique sont aussi considérés comme appartenant à l'épilepsie centrencéphalique. Tous ces accidents, ainsi que les manifestations psychiques, ne diffèrent en rien de ceux qui sont décrits dans les traités classiques à propos de l'épilepsie essentielle. L'auteur s'efforce de donner plusieurs explications à cette similitude clinique de deux sortes d'accidents ayant un point de départ cérébral aussi différent. Il émet plusieurs hypothèses : l'électro-encéphalographie n'a pas révélé un foyer cortical supplémentaire ; le courant a pu se propager du foyer central au cortex ; la décharge centrale peut s'étendre dans des régions appartenant au même système de neurones. Il conclut que de nouvelles recherches doivent être faites. (Il serait peut-être indiqué de ne pas considérer les données électro-encéphalographiques comme étant plus importantes que celles de la clinique, note de l'auteur de l'analyse).

L. MARCHAND.

Mythologie de l'anxiété, par Daniel LE ROY (Librairie José Corti, 1956, 1 volume de 170 pages).

Dès les premiers pas, l'idiome local, les néologismes hardis et les métaphores ésotériques situent le lecteur en pays existentialiste. De ce langage écrit, émane un rien de fantaisie et d'originalité par ailleurs nullement

désagréable. Il suffit de s'initier rapidement au lexique de l'auteur, ensuite tout devient clair.

Analysé et analyseur, D. Le Roy s'est peu à peu détaché de la psychanalyse orthodoxe pour bâtir une thérapeutique personnelle de l'anxiété, qu'il nomme « la logopraxie ». Il en donne la définition suivante : « Il s'agit du reflux du réflexif à l'existentiel. » Pour le profane, cette définition exige quelque développement.

L'auteur précise d'abord sa conception de l'anxiété « un état latent d'oppression de l'organisme global..., l'étouffement de la spontanéité par la structure conceptuelle induite de la soumission aux valeurs dont l'autre-anonyme, par l'impersonnalité de son langage, est le représentant ; cette structure s'élabore dès qu'à l'imitation se substitue la compréhension symbolique, dans les premières années de la vie ». Il naît alors un faux dialogue dérivé de ces structures conceptuelles. Ce sont elles qu'il s'agit donc d'ébranler, de « commotionner par la mise en question d'une valeur absolue. Cependant, la destruction de ces attaches conceptuelles doit être progressive et « ouatée » si l'on veut éviter de heurter, de cabrer l'anxieux.

A l'opposé donc de la psychanalyse orthodoxe, il s'agit ici d'une technique adaptée d'interrogation. Cette logopraxie « démystifiante » doit dégager peu à peu le sujet de son besoin de dépendance et le conduire progressivement à la liberté d'inventer lui-même ses devoirs.

« L'indépendance, c'est l'immédiateté du circuit gnose-praxie, la dépendance c'est la rupture de ce circuit, l'ouverture de la médiatisation réflexive, le recours à l'autre et à son reliquat mnésique, la structure conceptuelle. » Le sujet peut arriver spontanément mais rarement, et plus ou moins consciemment, à désintégrer cette structure parasitaire anxiogène ; souvent, d'heureux hasards participent à cette libération, toujours par l'intermédiaire de l'apport affectif (jamais par celui de l'apport intellectuel).

Mais, le plus souvent, pour arriver à ce résultat, doit intervenir la logopraxie. Celle-ci se préoccupe tout d'abord de donner au patient l'occasion d'étendre progressivement, de lui-même, son champ d'expression, de le soulager « des figures qui étouffent les schèmes ».

Cette logopraxie est l'apprentissage de la pensée-schème immédiate, pré-réflexive, sans figures. « Elle consiste à interrompre le discours, afin que surgisse l'expression, manifestation directe du schème. » Enfin, elle se différencie profondément de la psychanalyse orthodoxe, car « les interventions de l'analyste ne sont pas spécialement polarisées sur tels éléments du récit, que l'on pourrait considérer comme névrotiques ; le motif qui anime le patient importe peu et on évitera de reconstituer l'histoire d'une impuissance en la rattachant à tel complexe de castration survenu à la suite de telle menace parentale au stade phallique, ou de telle obsession de meurtre dont on voudra retrouver la source sadique anale ou œdipienne. Fouiller le passé ne représente aucun intérêt ; ce qui importe, c'est l'état conceptuel présent, quelle que soit son histoire. » Il s'agit de tirer le sujet de son « somnambulisme loquace » en substituant « à la question toujours technique une technique de la question ». « Cette rupture brise une structure et renvoie à la pensée réflexive, à la pensée immédiate. » Cette technique qui a démontré sa valeur, et dont l'auteur apporte quelques exemples, aurait enfin l'avantage d'être incomparablement plus rapide « que celle des psychanalyses orthodoxes qui s'enlisent dans les résistances que leurs forçages ont provoquées ».

La logopraxie ne doit pas choquer et toute aggravation d'anxiété est révélatrice d'une faute tactique. Elle tend à une destruction totale des structures, « la limite à laquelle tend la logopraxie, même si elle n'y parvient jamais vraiment, est la disparition de toute métaphysique ».

Le logopracteur doit toujours rester neutre, car toute opinion implicitement exprimée par l'analyste déposerait une nouvelle structure qui renforcerait l'incohérence du système de concepts étreignant. Cette règle ne peut souffrir d'exception.

L'auteur écrit plus loin : « La logopraxie est la seule technique d'engagement sur la voie de l'indépendance..., l'analyste n'est qu'un prête-nom qui renvoie au sujet tout le prestige dont il a été investi..., il ne cherche pas à dégager de l'anxiété le concept, il induit une conscience de sa non-nécessité et par là il prépare le saut vers ce qui n'a plus ni terme, ni concept. » Il améliore et abaisse le seuil de l'angoisse « puisqu'on peut dire que tout comportement humain est une lutte pour maintenir l'angoisse au-dessous d'un certain seuil ». C'est bien là une conclusion et une préoccupation existentialiste.

La lecture de ce livre est incontestablement d'un réel intérêt. Certains passages, tels ceux se rapportant à l'analyse critique de la décision de « sagesse », sont remarquables. L'étude comparative de Marcel Proust et Stavroguine illustre parfaitement les conceptions de l'auteur.

Quel sera le destin de la logopraxie ? L'avenir seul permettra d'en juger. Cette méthode présente indubitablement certains avantages, en particulier celui d'atteindre un niveau structurel pathogène capable de bénéficier d'une thérapeutique libératrice, cela sans rechercher l'effraction incertaine de zones plus explosives.

Cette mythologie de l'anxiété pourrait certes être discutée. Chacun apporte d'ailleurs à l'explication de ce symptôme son vocabulaire et sa conception personnelle. Toutes ces tentatives méritent d'être contrôlées et méditées avec prudence et objectivité. Aucune encore n'est entièrement satisfaisante et laisse dans l'ombre beaucoup d'inconnues. D. Le Roy soutient « l'opinion que l'angoisse est la prise de conscience de l'anxiété ». D'autres pensent exactement le contraire et estiment que l'angoisse originelle (remonant au traumatisme même de la naissance bien avant tous les stades psychanalytiques) ne se transforme en anxiété que lorsque le manteau cérébral a atteint son évolution suffisante (pas avant la puberté), c'est-à-dire lorsque le sujet tend à interpréter cette angoisse.

Paul ABÉLY.

La régulation des processus métaboliques dans l'organisme, par Théophile CAHIN. (Presses universitaires de France, 1956, 1 volume, 681 pages).

L'orientation biologique de beaucoup de psychiatres contemporains rend la lecture de ce livre particulièrement intéressante, et cela d'autant plus que plus de la moitié de cet important volume est consacrée au métabolisme des glucides. L'auteur apporte dans ce chapitre des renseignements précieux pour ceux qui pratiquent journellement la cure de Sakel.

Qu'il s'agisse des glucides, des lipides, des composés azotés, M. Cahin montre le rôle important des hormones dans tous ces métabolismes, ainsi que celui du système nerveux.

Cet ouvrage, abondamment documenté d'expérimentations cliniques et physiologiques, comporte trois parties : la première est consacrée surtout à la circulation des glucides, ensuite à celle des lipides, plus brièvement à celle des protides, de l'eau et des ions.

D'elle, on peut retenir que la valeur de la glycémie est insuffisante à nous renseigner sur le taux de glucides dans les tissus, dans le foie, et sur le sens général de leur circulation dans l'organisme. L'expérience montre que l'on peut obtenir des hypoglycémies insuliniques ou des hyperglycémies adrénaliniques importantes sans qu'il y ait des changements correspondants des glucides hépatiques. On contrôle ainsi l'autonomie tissulaire et son indépendance par rapport à la glycémie.

Cette notion, pour nous psychiatres qui pratiquons des comas insuliniques, est importante et démontre combien l'explication de l'action de la cure de Sakel sur la schizophrénie est encore loin d'être élucidée. Nous pouvons seulement retenir que l'hypoglycémie provoquée, surtout celle accentuée jusqu'au coma, déclenche une intense sécrétion d'adrénaline antagoniste, phénomène qui permet de comprendre certains accidents de l'insulinothérapie.

Diverses sécrétions endocriniennes participent à la circulation des glucides (extrait d'hypophyse antérieure, hormone de croissance, hormone adrénocorticotrope et stéroïdes de la cortico-surrénale), les unes abaissant, les autres augmentant le seuil effectif de l'insuline.

L'étude du métabolisme et de la circulation des lipides constitue le deuxième chapitre de cette première partie. Les lipides, eux aussi, sont sous l'étroite dépendance des glandes endocriniennes et du système nerveux (pancréas, hypophyse, glandes génitales, thyroïde, surrénale, système neuro-végétatif, diencéphale).

L'insuline a une action stimulante sur la synthèse des lipides (engraissement et excitation de la faim au cours de la cure de Sakel).

La deuxième partie de cet important ouvrage est consacrée aux transformations des métabolites et à leur combustion, à la production calorique et sa régulation.

Nous retrouvons une étude, pour nous utile à retenir, sur l'action de l'insuline dans la régulation calorique et surtout un chapitre particulièrement important, celui des « interconversions » : transformation des lipides en glucides, des glucides en lipides, des protides en glucides. Un autre article s'intéresse à la cétogénèse et à ses processus étiologiques (acidose des malades mentaux).

La troisième partie s'occupe enfin des facteurs de coordination métaboliques : hormones, système nerveux, alimentation.

Ce remarquable livre, qui paraît, à première vue, très éloigné de notre spécialité, y est en fait intimement lié. Beaucoup de nos thérapeutiques psychiatriques : insulinique, pyrétique, neuro-végétative, hormonale, y retrouvent beaucoup de points communs.

En lisant cet ouvrage, on saisit mieux les directives, les effets, la physiologie de ces traitements et aussi leurs répercussions et leurs dangers. On apprécie combien la chimie biologique ne peut plus se séparer de notre spécialité.

Paul ABÉLY.

États angoissants d'étrangeté et de dépaysement chez les psychasthéniques,
par le Dr Hervé du Couëdic. (R. Foulon, imprimeur, Paris, 1953, 1 volume
de 130 pages).

L'auteur aborde l'étude des sentiments d'étrangeté et de dépaysement. Il débute par l'histoire de ces sentiments à travers la littérature psychiatrique, depuis Esquirol jusqu'aux psychiatres contemporains, y compris naturellement les psychanalystes.

L'évolution, au long de plus d'un siècle des conceptions étiologiques de ce malaise psychique, montre toute la divergence et la multiplicité des opinions explicatives. L'analyse la plus subtile semble bien être celle de J.-P. Sartre dans la « Nausée » et peut-être pourrait-on reprocher à H. du Couëdic d'avoir un peu négligé cette littérature existentielle.

Il nous apporte « quelques journaux intimes », en particulier ceux d'Amiel et de Maine de Biran. C'est ce dernier qui va orienter son sujet vers le cas particulier des psychasthéniques. Il illustre sa thèse de cinq observations. Si l'on lit attentivement chacune d'elles, on remarque qu'elles sont assez dissemblables.

La première concerne un sujet qui a subi à la période pré-pubérale deux chocs affectifs capitaux (la perte successive de son père et de sa mère). Devenu psychasthénique habituel, il passera par des phases paroxystiques où domine l'angoisse sans que le sentiment de dépaysement y soit très net.

La seconde montre un névropathe à manifestations plus tardives et à prédominance hypocondriaque.

La troisième cite le cas d'un sujet au diagnostic plus difficile chez qui domine le sentiment d'étrangeté du monde extérieur.

La quatrième s'apparente par quelques côtés au déséquilibre cyclothymique, ou tout au moins au déséquilibre cyclosthénique. On n'y retrouve pas les vrais sentiments de dépersonnalisation, nullement ceux de dépaysement.

La cinquième observation enfin est-elle à l'opposé dominée par cette obsession d'étrangeté ? Elle donne l'impression d'un cas de schizophrénie fruste avec la peur du regard d'autrui. C'est dans de tels cas qu'il est bien difficile de faire pendant un certain temps, souvent assez long, la discrimination entre une psychasthénie ou une hétérophrénie qui évolue à bas bruit. C'est ce diagnostic différentiel qui préoccupe à juste titre l'auteur. Il tente de serrer d'aussi près que possible un des problèmes les plus rudes de la psychiatrie. On ne peut que le louer de cet effort. Mais une longue expérience professionnelle me fait accepter avec prudence ses conclusions, car la « tonalité affective perturbée, les phénomènes psycho-sensoriels, la transposition autistique », encore non présents, peuvent brusquement apparaître, surtout chez un jeune sujet de moins de 30 ans, jusque-là considéré comme psychasthénique. Le diagnostic différentiel avec l'épilepsie est beaucoup plus aisé, surtout avec nos ressources actuelles ; il en est de même pour l'hystérie. Celui avec le « mentisme » apparaît lui aussi relativement facile, puisqu'ici l'angoisse est secondaire et non primitive.

Reste, comme l'envisage R. du Couëdic, la discrimination avec l'automatisme mental, notion non uniformément admise mais où, en effet, l'auto-critique est absente.

Dans la quatrième partie de son travail, l'auteur décrit « les états d'étrangeté ».

Je pense que tous les malaises physiologiques, toutes les cénestopathies,

la fièvre, la fatigue, les intoxications endo ou exogènes, etc., peuvent créer de tels états, en général passagers.

L'angoisse plus permanente aboutit au même phénomène avec cette tendance innée à « conceptualiser » cette angoisse selon les tendances de chaque sujet, au point, qu'envahi par l'irruption de ces structures archaïques, l'anxieux se sent comme étranger à lui-même et à son ambiance. Est-il vraiment dépaycé et n'est-ce pas plutôt lui qui essaye de se dépayser ? Certes, le sentiment de dépaysement est celui de tout psychopathe relativement conscient de son état morbide. Mais ce dépaysement est dominé par l'intensité de l'appoint affectif (lequel est à la base de presque toutes les névroses et psychoses fonctionnelles), qui décolore ou hypercolore le paysage au point d'en modifier la perception réelle.

C'est sous cet angle que H. du Couëdic a parfaitement raison en retrouvant ces états dans le syndrome psychasthénique authentique.

Paul ABÉLY.

Les protéines, par Marianne LÉVY. (Collection « Que sais-je ? ». Presses Universitaires, 1955, 1 volume, 105 pages).

Comme l'écrit l'auteur, la connaissance des protéines représente le problème-clé de toute la biologie. Les caractères de la vie sont liés aux propriétés des protéines : « qu'il s'agisse de la structure des matériaux constitutifs des tissus, de mécanismes d'exécution et de contrôle, des opérations physiologiques (enzymes, hormones), de l'immunité des caractères spécifiques des espèces et des tissus, etc., toute étude des êtres vivants met en cause la connaissance des protéines ».

Dans un premier chapitre, M. Lévy énumère et analyse « les caractères et les propriétés chimiques et physico-chimiques des protéines ». Il apparaît que les protéines formées dans l'organisme ont un caractère rigoureusement spécifique, que leur stabilité de composition, liée à la vie même, ne peut être modifiée par aucun apport alimentaire.

Dans un deuxième chapitre, il est question « des caractères et propriétés biologiques des protéines ».

Le troisième chapitre est consacré aux « besoins spécifiques, causes, grandeur et nature ». Il semble que le besoin azoté se ramène au besoin en acides aminés ; les seuls matériaux absorbés sont également, à très peu près, des acides aminés.

Le quatrième et dernier chapitre envisage « la synthèse protéique et son mécanisme ».

Cette synthèse paraît être dominée : 1) par le rôle des enzymes ; 2) par celui des substances nucléiques.

Toute synthèse de protéine doit comprendre trois étapes : a) placer les acides aminés dans un ordre déterminé ; b) former le lien peptidique ; c) donner à la molécule sa forme définitive.

La complexité du problème ne permet, pour le moment, d'aboutir qu'à une conception provisoire de cette synthèse.

Ce livret condensé mais clair peut être lu utilement par les profanes, ayant quelque notion de chimie organique, mais surtout par les biologistes.

Paul ABÉLY.

La psychanalyse (Recherche et enseignement freudiens de la Société Française de psychanalyse. I. Sur la parole et le langage), Presses universitaires de France, 1956 (286 pages).

La Société française de psychanalyse vient de faire paraître le premier tome d'une publication destinée à se poursuivre. Cet ouvrage initial est consacré au langage et à la parole, dont le caractère symbolique est étroitement lié à la découverte et à l'évolution freudiennes.

M. Bevenesti apporte d'abord la contribution du linguiste, en montrant que l'inconscient use d'une véritable rhétorique qui lui est propre. M. J. Hyppolite fournit de savants commentaires, complétés par les observations de M. Lacan, d'un article de Freud sur la « Verneinung », c'est-à-dire la négation, ou mieux, la dénégation, « mode de présentation de ce qui est, sur le mode de ce qui n'est pas ». Le professeur M. Heidegger s'appuie sur l'œuvre d'Héraclite pour établir l'exégèse du Logos, tandis que Mme Cl. Ramnoux tente de mettre au jour la valeur ancienne des mots sensibles et de déceler leurs mutations en étudiant « l'apparition du vocabulaire de la sagesse grecque et le mécanisme de l'abstraction ». Le professeur Lagache présente d'intéressantes considérations sur le « polyglottisme dans l'analyse » : pour l'analyse polyglotte, le choix de la langue et le passage d'une langue à l'autre ne doivent pas être considérés seulement comme des ajustements objectifs de la communication verbale, mais traduisent des mouvements de résistance, de transfert et de vie fantastique du patient.

Cependant, l'étude la plus substantielle est celle de M. J. Lacan sur « la parole et le langage en psychanalyse ». En réalité, elle dépasse de beaucoup les limites de son titre et s'élève jusqu'aux thèmes généraux d'une doctrine freudienne sublimée. On y retrouve toute la personnalité de l'auteur, qui, non sans lancer quelques pointes acérées ou mouchetées d'humeur, enveloppe élégamment les subtilités de sa pensée dans un langage non moins riche et non moins subtil, serti de mots rares, tant archaïques que néo-formés. Le sujet était vraiment prédestiné à son rapporteur. Il est toutefois assez difficile de résumer le développement discursif de ce « discours », qui ne se plie pas à un plan rigoureux. Le mieux, pour qui ne veut pas en déformer l'esprit, est de s'adresser à l'auteur ou à ses commentateurs autorisés. J'emprunterai à M. Lacan quelques-unes de ces formules bien frappées dans lesquelles il excelle. « L'analyste est un praticien de la fonction symbolique. L'expérience psychanalytique a retrouvé dans l'homme l'impératif du verbe, comme la loi qui l'a formé à son image. Elle manie la fonction poétique du langage pour donner à son désir sa médiation symbolique. C'est le monde des mots qui crée le monde des choses... L'homme parle donc, mais c'est parce que le symbole l'a fait homme. Le symptôme se résout tout entier dans une analyse de langage parce qu'il est lui-même structuré comme un langage, qu'il est langage dont la parole doit être délivrée. » Mme Favez-Boutonnier fait remarquer que la distinction établie par Lacan entre le langage et la parole « correspond assez bien à celle que l'on fait couramment entre la lettre et l'esprit ». M. Lagache souligne cette opinion essentielle du rapporteur que « la psychanalyse se développe dans le cadre d'une relation intersubjective » ; la parole en est l'instrument essentiel, il est capital de saisir dans tous ces moments la dialectique de cette relation de sujet à sujet afin de faire passer le patient de la « parole vide » à la « parole pleine ».

Le rapport de Lacan a été présenté dans une séance de la Société française de psychanalyse tenue dans le cadre du congrès de Rome de 1953. De nombreuses interventions, auxquelles a répondu le rapporteur, ont montré l'intérêt soulevé par ce sujet. J'ai retenu, entre autres, cette critique que le langage se résume par toute la fonction symbolique, qu'il est d'autres formes de dialogue entre l'être vivant et son milieu. Mme F. Dollo a évoqué éloquentement les communications préverbaux de la mère et de son tout petit enfant.

Le volume se termine par deux mémoires importants : « Vérité et langage du dialogue platonicien au dialogue psychanalytique », par M. Amado, Lévy-Valensi, et « Le conscient et l'inconscient représentés par un modèle de l'être humain », par S. Tomkins.

Xavier ABÉLY.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

La signification de la psychologie profonde anthropologique pour la psychiatrie (Die Bedeutung der anthropologischen Tiefenpsychologie für die Psychiatrie), par O. H. ARNOLD (de Vienne). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, vol. 5, n° 2, juin 1955, p. 65-73).

La psychiatrie a traversé depuis le début du siècle une crise dont l'auteur rappelle les étapes. Définissant les attitudes prises par les différentes écoles, il montre la valeur de la position de celle de Vienne ; actuellement, sous la direction du professeur Hans Hoff, elle cherche à réaliser une synthèse entre la pathologie cérébrale, la physiologie nerveuse, la psychologie profonde et la clinique psychiatrique.

V.-J. DURAND.

Sur la pseudologie fantastique (Über Pseudologia phantastica), par F.-M. HAVERMANS (de Venray, Hollande). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, 5^e volume, n° 4, décembre 1955, p. 213-218).

L'auteur retrouve dans le comportement, dans les actes, dans les récits imaginaires des malades atteints de pseudologie fantastique, des marques d'agressivité, de sadisme au moins moral. On dit parfois que ces sujets sont des menteurs morbides. Il conviendrait plutôt de les considérer comme des menteurs agressifs. Dans de nombreux cas, évidemment, s'associent sadisme et masochisme. Le pronostic est très réservé. La thérapeutique, habituellement, se montre peu efficace, sinon vouée à l'échec. Cependant, on peut essayer, au moins, d'envisager une prophylaxie des troubles, si on peut admettre une faute éducative dans le déterminisme des tendances perverses

(comme Boss) ou de l'agressivité (comme Grewels). Une observation personnelle d'un cas féminin est rapportée.

V.-J. DURAND.

Episodes crépusculaires de Kleist. Observation d'un cas (Episodi crepuscolari di Kleist. Osservazione di un caso), par C. MATTIOLI-FOGGIA (de Pistoie). (*Bollettino dell'Accademia medica Pistoiese Filippo Pacini*, 26^e année, 1955, extrait de 20 pages).

L'auteur présente l'observation d'une malade de 70 ans, sans antécédents familiaux psychopathiques, sans antécédents personnels en faveur de l'épilepsie, ni alcoolisme, qui depuis 61 ans a montré neuf épisodes mentaux de courte durée (12 à 27 jours), à type à la fois maniaque et confusionnel. Ce cas peut être rapproché des états crépusculaires épisodiques décrits par Kleist. Leur place en nosologie est d'ailleurs très discutée. Evoquant les travaux récents sur l'épilepsie, l'auteur montre les rapports entre celle-ci et la psychose maniaque-dépressive. Dans l'observation présentée, le traitement anti-comitial a été efficace lors du dernier épisode psychopathique. Figures et électro-encéphalogrammes.

V.-J. DURAND.

Crimes et délits au cours de la période prodromique des maladies mentales, par M. RISER, L. GAYRAL et G. LACOSTE. (*Toulouse médical*, n° 8, septembre 1955, p. 527-543).

L'apparition de crimes et de délits à la phase prodromique de diverses maladies mentales est fréquente et pose de très difficiles problèmes en médecine légale psychiatrique. De tels faits peuvent s'observer pour la paralysie générale, la manie, la démence sénile, diverses psychoses organiques, la démence procœce qui est très souvent en cause et dont les auteurs rapportent des observations particulièrement démonstratives. Ils indiquent les précautions à prendre au cours de l'expertise, les signes qui doivent éveiller l'attention, un des plus importants étant la rupture de continuité dans la conduite du sujet. L'observation prolongée dans des sections spéciales des prisons est nécessaire dans de nombreux cas.

V.-J. DURAND.

Les crises nerveuses nocturnes de l'adulte, par L. GAYRAL, L. FOURNY et J. TURNIN. (*Toulouse médical*, n° 8, septembre 1955, p. 545-561).

Très nombreuses sont les crises nerveuses nocturnes de l'adulte, très variables sont leurs mécanismes. Les auteurs décrivent successivement :

1) les crises épileptiques nocturnes typiques ou frustes, crises motrices, équivalents psychiques et psycho-moteurs (onirisme, somnambulisme, épilepsie morphéique) ;

2) les crises nocturnes épileptiformes paroxystiques, crises oniroïdes, souvent alcooliques, crises de type névrotique, crises post-encéphaliques, syndrome d'Elpénor ;

3) les crises anxieuses nocturnes *sine materia*, crises d'émotion, crises

dépressives du matin, en cas de mélancolie, avec parfois raptus de suicide à l'aube ;

4) les crises nocturnes paroxystiques polymorphes : troubles hypnagogiques, troubles du réveil, crises nocturnes du type moteur, crises nerveuses nocturnes organo-végétatives pouvant correspondre à de nombreuses affections organiques.

Le diagnostic doit s'appuyer sur un examen soigneux, avec recherches complémentaires, comme l'électro-encéphalogramme, à la recherche d'une étiologie précise. Il ne faut pas se contenter de l'invocation commode de phénomènes pithiatiques, mais éliminer toute affection viscérale. Des observations sont rapportées.

V.-J. DURAND.

Contribution à l'étude du délire dermatozoïque (Contributo allo studio del delirio dermatozoico), par Attilio ZAMBIANCHI (de Pavie). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 16^e année, fasc. 6, novembre-décembre 1955, p. 567-579).

L'auteur décrit un cas de délire dermatozoïque, affection ainsi dénommée par Ekblom, en 1938, et dans laquelle le malade a l'impression d'avoir des parasites cutanés. Une révision de la littérature correspondante est faite, en particulier, pour ce qui concerne l'étiopathogénie et la nosologie de ce syndrome. Une comparaison est faite avec les manifestations analogues chez les cocaïnomanes, les alcooliques et dans la psychose hallucinatoire chronique. L'auteur pense que l'individualité du syndrome est certaine. Comme traitement, les cures antiparasitaires, antiprurigineuses, sont habituellement sans effet ; la psychothérapie peut agir, au moins temporairement, de même, l'électro-choc.

V.-J. DURAND.

Fonctions du moi et techniques de renforcement du moi (Ego functions and techniques of ego strengthening), par Edrita FRIED (de New-York). (*American journal of psychotherapy*, vol. 9, n^o 3, juillet 1955, p. 407-429).

L'auteur essaye, dans cette communication à l'« Association for the advancement of psychotherapy », de montrer comment des facteurs dynamiques interviennent pour la réalisation la plus complète des fonctions du moi. Etudiant les conséquences des mécanismes de surprotection et de rejet, Edrita Fried montre que l'interaction entre les forces psycho-sociales et psycho-biologiques, d'une part, les fonctions du moi, d'autre part, est d'une grande importance clinique. A chaque phase du traitement, est nécessaire une connaissance complète des fonctions spécifiques du moi et des combinaisons des fonctions du moi du malade. Le psychothérapeute doit suivre de près le diagnostic spécifique par les techniques thérapeutiques habituelles de développement du moi pour savoir comment la personnalité propre à chaque sujet a évolué. Des références bibliographiques complètent cette communication, qui est suivie d'une longue discussion dans laquelle intervient Richard Sterba qui souligne, en particulier, les difficultés rencontrées souvent par le psychothérapeute.

V.-J. DURAND.

Un schéma conceptuel pour les syndromes psychiatriques (A conceptual scheme for psychiatric syndromes), par George WINOKUR (de Saint-Louis). (*American journal of psychotherapy*, vol. 9, n° 3, juillet 1955, p. 400-406).

Pour faciliter la description et, surtout, le diagnostic des affections mentales, l'auteur propose un schéma basé sur l'existence de conflit psychique. Le dénominateur commun dans la production des syndromes morbides est constitué par le conflit lui-même. Les diverses modalités de réaction du sujet correspondent aux différentes affections observées. Celles-ci peuvent être considérées comme des moyens de protection ou de lutte contre d'autres troubles. Il y a une relation causale entre les symptômes.

V.-J. DURAND.

Contribution à l'étude psychopathologique de la jalousie (Contributo allo studio psicopatologico della gelosia), par Luigi FRIGHI et Luciano AGOSTINI (de Rome). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 79, fasc. 2, 30 juin 1955, p. 325-382).

Les auteurs étudient la question de la jalousie morbide en s'appuyant surtout sur les descriptions nosographiques de Jaspers et de Lagache. Puis, ils rapportent et classent quatorze observations, dont l'une peut être considérée comme une jalousie réactionnelle, sept comme des jalousies liées à un développement paranoïaque, quatre comme secondaires à une atteinte processuelle de la personnalité et deux enfin comme des jalousies alcooliques. En discutant chaque observation, les auteurs envisagent le rôle des nombreux facteurs qui peuvent contribuer au développement d'une jalousie pathologique. Au point de vue des mécanismes psycho-pathologiques, ils pensent que la jalousie est soutenue par une situation de conflit qu'on peut retrouver aussi bien chez le sujet normal que chez le malade. Chez ce dernier, cette situation s'exprime à travers une fixation à certains modes de réaction dans les relations amoureuses. Enfin, les auteurs envisagent les images du partenaire et du rival, ainsi que le monde du jaloux. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Considérations critiques sur le concept de personnalité psychopathique dans ses rapports médico-légaux (Considerazioni critiche sul concetto di personalità psicopatica nei suoi riferimenti medico-legali), par Giorgio SACERDOTI (de Padoue). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 79, fasc. 2, 30 juin 1955, p. 447-464).

L'auteur envisage les éléments sur lesquels s'appuie l'individualisation nosographique des personnalités psychopathiques, en face des simples atypies de caractères, des développements de la personnalité et des maladies mentales proprement dites. Il accepte la conception de ces personnalités uniquement dans un sens dynamique, comme l'expression d'une phase ou tout au moins d'un type de réaction entre disposition et facteurs liés au milieu. Il discute ensuite le difficile problème de l'imputabilité pour cette catégorie de sujets. Il pense qu'il n'est pas possible de le résoudre de façon simpliste et univoque ; au contraire, il est nécessaire d'adopter une position très nuancée. Le rôle de l'expert en présence de tels sujets est particulièrement délicat. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Personnalité et dépersonnalisation (Personalidade e despersonalização), par NUNES DA COSTA. (*Anais portuguesas de psiquiatria*, vol. 5, n° 5, décembre 1953, p. 102-117).

Rappelant les diverses définitions données de la dépersonnalisation, l'auteur montre qu'elle peut s'observer au cours de nombreuses affections psychiques : psychasthénie, dépressions légères, mélancolie, schizophrénie (avec autisme), épilepsie, certaines intoxications (comme celles provoquées par le haschich et la mescaline), quelques syndromes neurologiques, et même des lésions viscérales (aortite, entérocolite, asthme bronchique). Les théories explicatives sont nombreuses : a) organicistes, invoquant des troubles de la cénesthésie ou du schéma corporel, rappelant les expériences avec la mescaline ; b) affectives, incriminant une indifférence, une athymie ; c) psychanalytiques, admettant une régression narcissiste de la libido. Pour bien comprendre le phénomène de la dépersonnalisation, il faut considérer l'évolution et le développement de la personnalité depuis l'enfance. On voit qu'il s'agit alors d'une dissolution de la personnalité à partir d'une situation réelle, concrète, dramatique, dans laquelle le sujet est plongé. C'est une réaction générale de l'organisme à un processus qui l'envahit.

V.-J. DURAND.

Manifestations psychiatriques au cours des affections du rachis cervical (formes psychiques du syndrome nerveux cervical postérieur), par M. RISER, L. GAYRAL, A. FERNANDEZ et Mlle H. STERN. (*Toulouse médical*, n° 8, septembre 1955, p. 489-500).

Nombreuses sont les manifestations psychiatriques en rapport avec une atteinte du rachis cervical. La plus fréquente est le syndrome du sympathique cervical postérieur de Barré et Liéou, dont la forme vestibulaire et celle avec phénomènes pharyngo-laryngés sont particulièrement difficiles à identifier. Très intéressantes sont la forme cénestopathique du syndrome nerveux cervical postérieur, décrite par Riser, et la forme asthéo-céphalopathique avec hypotension artérielle rétinienne, identifiée par Gayral. Montrant le polymorphisme des symptômes, diverses observations sont rapportées, dont une de dépression mélancolique avec cervicarthrose et syndrome douloureux et trophique du type épaule-main de Steinbrocker. Dans tous les cas, la radiographie de la colonne cervicale permet de préciser le diagnostic et de prescrire le traitement convenable. Deux figures anatomiques mettent en évidence le mécanisme des troubles. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

L'électro-encéphalogramme dans le parkinsonisme (L'E.E.G. nel parkinsonismo), par Lodovico INGHIRAMI et Alberto MURATORIO (de Pise). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 1, fasc. 3-4, juillet-décembre 1955, p. 403-431).

L'étude de la littérature et de 34 cas de parkinsonisme post-encéphalitique, post-apoplectique et artérioscléreux, fait penser aux auteurs que l'électro-encéphalogramme, au cours de cette affection, se trouve dans les limites de la normalité. Si on peut observer certaines anomalies électriques, elles doivent être rattachées, soit au type étiologique du syndrome, soit à des

maladies concomitantes du système nerveux central, soit au type du syndrome aigu. Les anomalies du tracé, liées au tremblement, doivent être considérées comme un artefact. Six figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Le diagnostic et le traitement d'un pyromane (The diagnosis and treatment of a pyromaniac), par Georg K. SRÜRUP (d'Herstedvester, Danemark). (*The international journal of social psychiatry*, vol. 1, n° 1, été 1955, p. 54-59).

L'auteur décrit le cas d'un pyromane observé à l'institution pour psychopathes criminels d'Herstedvester, au Danemark. Ce sujet avait commis, à l'âge de 36 ans, plus de cinquante incendies volontaires en l'espace de six mois. Ordinairement, il prévenait les services de pompiers et assistait à la lutte contre le feu. L'observation se prolongea pendant treize ans, d'abord à l'établissement, puis, au dehors, le malade ayant été libéré sur parole. L'auteur fait une étude clinique du cas, éliminant l'existence d'une psychopathie, admettant seulement la présence d'une névrose, dont il discute les mécanismes. La coopération obtenue par le malade a permis, progressivement, d'atteindre la guérison, avec reprise d'une vie normale.

V.-J. DURAND.

Une expérience dans la thérapeutique de groupe chez des déficients mentaux (An experiment in group therapy with mental defectives), par G. DE RUDOLF (de Bristol). (*The international journal of social psychiatry*, vol. 1, n° 1, été 1955, p. 48-53).

L'auteur décrit cinq cas de débiles mentales, soignées à l'Hortham Hospital, de Bristol, et soumises, après un long séjour, à une psychothérapie de groupe, simple et assez courte. Il s'agissait de malades au comportement particulièrement troublé, aux réactions difficiles avec nombreuses tentatives d'évasion. Le traitement se montra particulièrement efficace, ayant pu permettre dans quatre cas la sortie de l'établissement.

V.-J. DURAND.

Sur la physiopathologie de la mémoire avec référence d'un cas clinique (Sulla fisiopatologia della memoria con riferimento a un caso clinico), par Giuseppe LAVIOLA (de Castiglione delle Stiviere). (*L'ospedale psichiatrico*, 23^e année, fasc. 3, juillet-septembre 1955, p. 207-224).

L'auteur rappelle les différentes théories proposées pour la psycho-pathologie de la mémoire, puis il décrit un cas très intéressant d'amnésie psychogène, consécutive à un traumatisme émotif, compliqué par un empoisonnement barbiturique (22 comprimés de véronal). Le retour des souvenirs se fit en deux temps : d'abord ceux des événements antérieurs à la tentative de suicide, puis, avec beaucoup de retard, ceux des faits postérieurs. Les événements mnémoniques apparaissent liés, non seulement à l'intégrité corticale (c'est-à-dire à la possibilité de nouveau fonctionnement du circuit perceptif primitif), mais aussi à l'intégrité de la zone méso-diencéphalique, qui conditionne la vie affective. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'ulcère gastro-duodénal, maladie psychosomatique? par Raymond DUPUY (de Paris). (*Médecine et hygiène*, Genève, 14^e année, n° 317, 30 janvier 1956, p. 31).

Tout en montrant l'importance des facteurs psychologiques comme élément déterminant dans le développement de certains ulcères, surtout duodénaux, l'auteur préconise une attitude prudente en face des conceptions psycho-somatiques. Elles reposent parfois sur une observation insuffisante, sans étude radiologique valable. Elles aboutissent à la description d'un profil psychologique de l'ulcéreux, en réalité non caractéristique, et qu'il est possible de retrouver chez d'autres malades. Mais, surtout, elles risquent de faire négliger la prise en considération de faits cliniques précis et d'entraîner des traitements inefficaces. L'auteur pense, avec Léon Michaux, « qu'il est bien évident que le mécanisme psycho-somatique des ulcères n'est ni constant, ni exclusif ».

V.-J. DURAND.

Le problème nosologique des psychoses puerpérales. Contribution clinique. (Il problema nosologico delle psicosi puerperali. Contributo clinico) par Bruno CALLIERI (de Rome). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 6, 1955, p. 769-800).

L'auteur, s'appuyant sur quinze observations de psychoses puerpérales, envisage les problèmes diagnostiques et symptomatologiques essentiels posés par ces psychoses, dans leurs expressions cliniques endogènes et exogènes. Après avoir évoqué les questions nosologiques concernant les formes symptomatiques et le type exogène de réactions, il montre les difficultés pronostiques et diagnostiques de la catatonie puerpérale. Il insiste sur la psychopathologie des psychoses puerpérales, discutant les facteurs exogènes et endogènes, attribuant une grande valeur à la perplexité considérée comme un trouble fondamental de l'amentia et souligne l'importance des facteurs endo-réactifs pour de nombreuses formes de psychoses puerpérales qui seraient intermédiaires entre les secteurs endogènes et exogènes. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur le syndrome de Korsakoff (Sulla sindrome di Korsakoff), par Ercole M. RIZZO (de Venise). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 6, 1955, p. 800-816).

L'auteur décrit un cas de syndrome de Korsakoff, par lésion hypothalamique, de nature expansive, disparu spontanément avec d'autres troubles (hypoglycémie) au bout de quelques mois. Le sujet mourut de tuberculose pulmonaire et l'autopsie montra, au niveau de la fosse interpedonculaire, un kyste hématisé près des corps mamillaires. À la lumière des connaissances actuelles sur la psychophysiologie de la région hypothalamique, on peut considérer que le syndrome de Korsakoff d'encéphalique s'explique par les degrés de dissolution de la fonction régulatrice de la conscience, les corps mamillaires étant au centre d'un circuit qui règle la fonction

mnésique. Le cas observé par l'auteur acquiert, de ce fait, une valeur particulièrement démonstrative. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La psychologie des alcooliques (La psicologia degli alcoolisti), par Piero SAGRIPANTI (de Voghera). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 6, 1955, p. 827-841).

L'auteur montre l'importance des facteurs psychologiques, pour mieux comprendre l'alcoolisme et le combattre plus efficacement. Il rappelle les nombreuses explications proposées pour en expliquer les mécanismes. S'appuyant sur les données de la littérature et sur ses observations personnelles, il décrit les traits caractéristiques de la personnalité des alcooliques, concluant que leur conflit de base et les moyens de défense adoptés pour les résoudre présentent de grandes affinités avec les formes de la psychose maniaco-dépressive. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Délimitation du concept de projection (Deslinde del concepto de proyeccion), par Segifredo M. LUZA (de Lima). (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 10, n° 34, avril-juin 1955, p. 291-301).

La projection, comme phénomène psychologique, participe à l'existence historique et à l'insertion de l'individu dans l'ambiance, grâce aux dispositions personnelles et aux contenus de l'ambiance, mais sans s'opposer au développement original du sujet. Elle se rattache aux particularités des différents âges, avec la différenciation du moi et avec quelques aspects du sentiment. La projection est caractéristique de quelques personnalités et se manifeste à travers l'incapacité native à l'adaptation convenable aux circonstances. Elle se révèle chez les psychonévrotiques et les psychotiques ; chez les premiers, avec un mécanisme par lequel est évitée la propre responsabilité ; chez les seconds, comme résultat de la modification organique sans relation avec les contenus subconscients.

V.-J. DURAND.

Sur la réhabilitation du tuberculeux et sa signification psychologique et psychothérapique (Sobre la rehabilitacion del tuberculoso y su significado psicologico y psicoterapico), par C. A. FIGUERIDO TORIJA et J. A. FIGUERIDO SANTURTUN (de Bilbao). (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 10, n° 34, avril-juin 1955, p. 367-381).

De grands progrès ont été faits en ce qui concerne l'importance des facteurs psychiques dans l'évolution de la tuberculose et dans la guérison de la maladie, avec reprise d'une activité sociale normale. L'ergothérapie progressive, la psychothérapie judicieusement conduites, peuvent permettre, combinées au traitement biologique, de ne pas perdre le goût du travail à la sortie du sanatorium. Les auteurs citent, à cet égard, quelques exemples étrangers, ainsi que celui de l'établissement de Santa-Marina, près de Bilbao. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Addendum aux données histopathologiques de la paralysie générale juvénile. Sur le mécanisme de développement des cellules nerveuses polynucléaires (Addendum to the histopathological findings of juvenile general paresis. On the mechanism of development of polynuclear nerve cells), par SHINSAKU TSUYUKI. (*Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 9, n° 2, septembre 1955, p. 135-152).

Le cerveau d'un cas de paralysie générale juvénile arrivée à la mort par méningite purulente a montré, histologiquement, l'association des signes de paralysie générale et de méningite ; beaucoup de cellules polynucléaires de Purkinje ont été trouvées en phase de mitose ; il n'est pas permis de conclure si le développement des cellules nerveuses polynucléaires est congénital ou acquis ; il semble que ces cellules se multiplient en compensation des cellules nerveuses perdues. Vingt-trois figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur la contribution de Jung à la psychiatrie sociale (On Jung's contribution to social psychiatry), par Michael FORDHAM (de Londres). (*The international journal of social psychiatry*, vol. 1, n° 1, été 1955, p. 14-21).

Assez peu de travaux ont été publiés sur la psychiatrie sociale. Particulièrement importante est la contribution de C. G. Jung. Ses descriptions de l'inconscient et surtout de l'inconscient collectif, la notion d'archétypes, les relations dynamiques entre conscient et inconscient, sont susceptibles d'applications dans le domaine de la psychiatrie sociale. L'adaptation sociale apparaît alors devoir être conçue comme un processus d'interaction entre l'individu et la société. La psychiatrie sociale nécessite la connaissance de nombreux faits, de nombreuses notions que C. G. Jung a contribué à préciser et à développer. L'étude de l'histoire et de l'anthropologie ne suffit pas. Il faut approfondir les recherches sur le conscient et l'inconscient. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Réactions névrotiques (Reações neuróticas), par Fragoso MENDES. (*Anais portuguesas de psiquiatria*, vol. 6, n° 6, décembre 1954, p. 71-93).

Après avoir montré combien sont variées les théories explicatives des névroses, s'arrêtant plus spécialement sur la conception holistique, pluri-dimensionnelle de Barahona Fernandes, l'auteur décrit les principales formes de réactions névrotiques. Il étudie successivement : les réactions anxieuses, les réactions dépressives et neurasthéniques, celles de type phobique et obsessif, les formes hystériques, les plus fréquentes en clinique. Des observations personnelles sont rapportées, pour éclairer l'exposé.

V.-J. DURAND.

Quelques définitions en matière de psychologie et de psychopathologie.

Les connexions intrapsychiques et les psychesthésies, par Gaetano BOSCHI (de Modène). (*Anais portuguesas de psiquiatria*, vol. 6, n° 6, décembre 1954, p. 156-162).

Il est utile de préciser quelques concepts se rapportant à des fonctions essentielles de la vie psychique. Ainsi, l'auteur envisage les définitions de

la volonté, de la conscience (soit comme sentiment, soit comme « subjectivité réceptive dans le phénomène psychique, qui intègre la personnalité psychique en lui permettant de mettre en valeur les apports psychiques provenant du cerveau »), des instincts, de l'affectivité (« coloris, propulsif ou répulsif, inhérent au phénomène psychique réceptif »), des connexions intrapsychiques, de la psychesthésie (« sensibilité concrète et physiologique qui nous signale nos états de conscience »), de la sensation, de la perception, de l'aperception, de l'intelligence (« capacité d'exercer la logique »), du sens de la réalité (suivant la conception de Pierre Janet), de la démence (« régression plus ou moins délimitée, plus ou moins globale, de la mentalité »).

V.-J. DURAND.

Un hôpital psychiatrique aux portes ouvertes (A mental hospital with open doors), par G. M. BELL (de Dingleton Hospital, Melrose). (*The international journal of social psychiatry*, vol. 1, n° 1, été 1955, p. 42-48).

L'auteur donne des indications sur les modifications apportées à Malrose au Dingleton Hospital, par la suppression du système antérieur des portes fermées. Les incidents redoutés ne se sont pas produits. Le comportement général des malades a été amélioré. Les réactions d'agitation, d'opposition, d'impulsivité, ont diminué. L'atmosphère intérieure des divers pavillons a été agréablement transformée. L'état physique des malades a été également bénéficiaire de l'ouverture des portes.

V.-J. DURAND.

Les psychoses de la grossesse, du puerpérium et de la lactation (As psicoses da gravidez, puerpério e lactação), par Pedro POLONIO et Motta FIGUEIREDO. (*Anais portuguesas de psiquiatria*, vol. 6, n° 6, décembre 1954, p. 112-140).

S'appuyant sur une étude de la littérature et sur leurs observations personnelles, les auteurs reprennent la question des psychoses dites puerpérales. Ils pensent que la grossesse a une action protectrice sur le déclenchement des maladies mentales endogènes. Au contraire, le puerpérium, avec ses complications somatiques, a un effet révélateur, plus marqué pour les schizophrénies que pour les psychoses maniaques-dépressives. Les facteurs constitutionnels ont, pour les psychoses exogènes, le même rôle que dans la schizophrénie. Les formes schizophréniques déclenchées par le puerpérium appartiennent au groupe des schizophrénies atypiques et ont une évolution bénigne. Dans les psychoses maniaques-dépressives, on rencontre un groupe de psychoses de l'accouchement et de la phase d'involution utérine, ce qui suggère l'existence d'un facteur endocrinien dans la précipitation de ces psychoses. Des observations personnelles choisies sont rapportées. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Conditions ambiantales de la personnalité (Condições ambientais da personalidade), par J. SEABRA-DINIS. (*Anais portuguesas de psiquiatria*, vol. 6, n° 6, décembre 1954, p. 50-70).

Pour toute étude de la personnalité, il est nécessaire de considérer tout d'abord que l'organisme et le milieu forment une unité indissoluble et, aussi,

que la personnalité est la résultante d'une fusion des facteurs héréditaires et ambiantaux. Le psychiatre doit chercher à préciser le rôle, en face de son malade, d'une action physique du milieu, d'une action psychologique de l'ambiance familiale ou sociale, d'une mauvaise participation du sujet lui-même dans le déroulement de sa propre vie. L'auteur envisage l'action de la nourriture, critique la tendance à vouloir réduire la personnalité aux traumatismes de l'enfance, en minimisant le rôle de la conscience et de la volonté. Il combat l'erreur d'infantiliser l'adulte. Le développement de la personnalité la rend de plus en plus indépendante des facteurs liés à l'ambiance. L'individu devient de plus en plus responsable. Cependant, les conditions du milieu peuvent, parfois, empêcher la marche de cette auto-détermination progressive et ne permettent pas l'accroissement habituel de la personnalité. C'est ce qui s'observe principalement quand les individus épuisent leur vie dans une lutte incessante pour satisfaire les besoins biologiques primordiaux, sans possibilité de l'épanouissement normal des aspects les plus importants de la personne.

V.-J. DURAND.

Sur la théorie scientifique de la psychothérapie (Zur Wissenschaftstheorie der Psychotherapie), par O. EICHHORN (de Graz). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, t. 5, n° 3, septembre 1955, p. 144-150).

La recherche de la vérité d'une théorie scientifique de la psychothérapie est extrêmement difficile, parce que manquent des critères décisifs de la vérité. L'auteur montre que l'ambiguïté de la psychothérapie théorique est le résultat d'efforts erronés vers la connaissance. Elle conduit à des interprétations subjectives. La prétention de la psychothérapie à une validité anthropologique n'est pas justifiée et s'oppose aux lois de la pensée. L'objet de la psychothérapie ne peut être envisagé en dehors de l'histoire et du temps. Il est donc changeant. La pensée psychothérapique peut déduire ses vérités uniquement de réalités psychiques connaissables, ce qui implique l'impossibilité d'une pure théorie scientifique de la psychothérapie.

V.-J. DURAND.

L'interprétation du psychodiagnostic de Rorschach et les dessins infantiles selon F. Minkowska : son œuvre. (La interpretación del psicodiagnostico de Rorschach y los dibujos infantiles segun F. Minkowska : su obra), par J. PERTEJO (de Madrid). (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 10, n° 33, janvier-mars 1955, p. 25-47).

Rappelant les principes d'interprétation des réponses du test de Rorschach, tels que les a formulés Mme F. Minkowska, montrant l'importance de cette modification du psycho-diagnostic, l'auteur retrace les travaux de la regretée disparue sur les dessins d'enfants et leurs rapports avec les œuvres de certains peintres. Ensuite, est faite une étude biographique de Mme F. Minkowska, depuis ses recherches accomplies en Suisse sur les familles F. et B., qui amenèrent à la description de la constitution glischroïde jusqu'à ses dernières publications sur les dessins d'enfants. En terminant, l'auteur cite le professeur Lafon (de Montpellier) : « Ses recherches ouvrent de

vastes perspectives nouvelles. » Photographie de Mme F. Minkowska et liste de ses principaux travaux.

V.-J. DURAND.

Le syndrome hallucinatoire-anxieux-cataplectique ou de Munzer-Rosenthal (La sindrome allucinatorio-ansioso-cataplettica o di Munzer-Rosenthal), par A. DONATI et E. SUGLIA-PASSERI (de Milan). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 79, fasc. 3, 30 septembre 1955, p. 529-557).

Une description est faite du syndrome hallucinatoire-anxieux-cataplectique de Munzer-Rosenthal. La manifestation cataplectique parahypnique ne semble pas très différente de celle qu'on définit comme « ex emotione ». Elle peut s'expliquer comme l'expression d'un processus inhibitoire à évolution épileptiforme et à point de départ diencéphalique. Le syndrome hallucinatoire est identique à celui de l'hallucinoze pédonculaire ; il pourrait s'inscrire dans le cadre d'une dissolution de la conscience de type hypnagogique. L'anxiété, contrairement à l'opinion de Rosenthal, n'aurait aucune signification génétique, ne serait pas secondaire au phénomène plégique, mais traduirait uniquement le désordre fonctionnel méso-diencéphalique, qui est à la base de ce syndrome. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Données électro-encéphalographiques dans les syndromes psychiatriques (Reperti elettroencefalografici nelle sindromi psichiatriche), par C. PERRIS et G. STANCATI (de Pavie). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 9, n° 4-5, juillet-octobre 1955, p. 266-331).

Les tracés électro-encéphalographiques de 145 malades atteints d'affections psychiatriques sont analysés soigneusement. Les auteurs décrivent successivement leurs observations dans les syndromes schizophréniques, les formes dysthymiques, les psychonévroses, les personnalités psychopathiques, l'hystérisme, l'alcoolisme, la paralysie générale, les démences artériopathiques, les démences par atrophie corticale. D'utiles comparaisons sont faites entre les données de la littérature et les constatations personnelles des auteurs. Huit figures. Bibliographie importante.

V.-J. DURAND.

Jakob Boehme et Baruch Spinoza comme précurseurs de la psychologie (Jakob Boehme und Baruch Spinoza als Vorläufer der Psychologie), par A. KIELHOLZ (d'Aarau). (*Gesundheit und Wohlfahrt*, revue suisse d'hygiène, 35^e année, n° 6, juin 1955, p. 259-276).

Theodor Reiks avait affirmé que l'enfant devient psychologue en observant de son monde de pensée magique la puissance peu rassurante des adultes et, tout particulièrement, celle de ses parents. Cela est surtout valable quand l'atmosphère familiale est chargée de conflits. C'est ainsi que l'on peut expliquer en grande partie les connaissances psychologiques de Boehme et de Spinoza, qui grandirent dans un semblable milieu. Tous deux perdirent leur mère de très bonne heure, eurent une enfance pénible et malade, se trouvèrent vite distancés par leurs frères et sœurs, devenant isolés. Leurs

écrits ont exercé une grande influence jusqu'à l'époque actuelle, non seulement dans le domaine de la théologie et de la psychologie, mais aussi de la médecine et de la pédagogie. Leur ressemblance au point de vue psychique a été relevée maintes fois. Leurs doctrines respectives se sont heurtées à une forte opposition. Tous deux se sont trouvés isolés par une longue maladie : Boehme par la schizophrénie, Spinoza par la tuberculose. Ils moururent jeunes. Dans ses travaux, Boehme a une conception purement psychologique de la réalité. Dans son œuvre de jeunesse, « Du perfectionnement de l'intelligence », Spinoza esquisse les grandes lignes de son éthique. Il y sépare nettement théologie et philosophie et essaie toujours de remplacer les concepts religieux par d'autres purement philosophiques. On trouve, dans son traité, toute une série de souvenirs d'enfance fortement teintés au point de vue affectif. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Observations psychopathologiques sur un cas de tumeur de la fosse crânienne antérieure (Osservazioni psicopatologiche su un caso di tumore della fossa cranica anteriore), par A. MISSAGLIA (de Trieste). (*Giornale di psichiatria e di neuropatologia*, 83^e année, fasc. 4, 1955, p. 935-950).

Un cas est rapporté concernant une femme qui présentait un syndrome frontal par tumeur (psammome) de la fosse crânienne antérieure. L'auteur discute le mécanisme physiopathologique des troubles psychiques correspondants, ainsi que les données de l'épreuve de Rorschach, passée avant l'intervention (ablation subtotal de la tumeur) et du test de Behn-Rorschach, pratiqué après l'opération. Dans la « démence » par compression des lobes frontaux, le Rorschach permet de révéler la conservation du noyau caractérologique avec atteinte, au contraire, des éléments de surface qui intègrent la personnalité psychique du sujet en relation avec l'ambiance sociale. Cinq figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

De la périodicité des troubles psychiques dans l'évolution de tumeurs de la base du crâne, par Georges SCHNEIDER (de Lausanne). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 75, fasc. 1-2, 1955, p. 273-287).

L'auteur décrit deux cas de tumeur supra-sellaire, observés longuement et autopsiés. Chez les deux malades, les troubles physiques et psychiques évoluèrent par poussées avec rémissions plus ou moins durables. La compression de l'hypophyse et des centres hypothalamiques explique les perturbations végétatives et endocriniennes, ainsi que les syndromes mentaux. Les signes nerveux de type paralytique furent peu marqués et apparurent tardivement. L'hypertension intra-cranienne s'est manifestée seulement de façon épisodique ; elle n'a pris une importance sensible qu'au stade terminal. Les manifestations psychiques n'eurent pas une allure nettement déficitaire. Chez une des malades, ils prirent essentiellement l'allure de troubles périodiques de l'humeur et de l'initiative. Il y avait, d'autre part, chez cette malade, une incontinence, indépendante de troubles de la conscience. Dans l'autre cas, existait un syndrome périodique avec prédominance de l'hypersomnie et des altérations de la conscience. L'auteur cherche à établir quelles conditions ont marqué l'évolution. Il admet la probabilité d'une

action sur les centres régulateurs du diencéphale, mais tente d'apprécier le rôle d'autres facteurs moins localisés (âge, personnalité prémorbide, réactions médiales). Les facteurs de type mécanique et certains facteurs métaboliques et endocriniens paraissent responsables solidairement, ou à tour de rôle, de la périodicité des troubles. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

NEUROLOGIE

Le tableau clinique et la délimitation du syndrome de Guillain-Barré (Das klinische Bild und die Abgrenzung des Guillain-Barré'schen Syndroms), par Paul KANDEL (de Berne). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 75, fasc. 1-2, 1955, p. 83-119).

S'appuyant sur huit cas personnels et sur une étude soigneuse de la littérature, l'auteur cherche à définir le tableau clinique et la délimitation nosologique du syndrome de Guillain-Barré. Au point de vue anatomo-pathologique, il y a peu de changements caractéristiques. On constate surtout : œdème des racines nerveuses et des cellules ganglionnaires, épaississement des vaisseaux correspondants ; il est difficile de trouver des différences avec les polynévrites post-diphtériques et le syndrome de Landry. L'étiologie demeure incertaine : infectieuse, toxique, allergique peut-être. Rien n'est sûr. La symptomatologie et l'évolution peuvent varier. Le maximum des signes est ordinairement atteint en quelques jours, mais peut se voir plus tard. Les nerfs craniens sont souvent frappés ; les troubles sphinctériens et neurovégétatifs sont fréquents. L'importance plus ou moins grande de l'hyperalbuminorachie n'a pas de valeur pronostique. La rétrocession des phénomènes cliniques peut se prolonger pendant une année. Dans de rares cas, avec paralysie des muscles respiratoires, peut se produire une bronchopneumonie mortelle. La guérison complète est très fréquente, mais des séquelles sont possibles, dues surtout à la dégénérescence après l'œdème des faisceaux nerveux. Au point de vue thérapeutique, les vitamines n'ont pas une action évidente, le British Anti Lewisite est peu efficace ; la pyrétrothérapie peut être utile, mais se montre quelquefois dangereuse. L'emploi de la cortisone et de l'A.C.T.H. est discuté. Le diagnostic différentiel peut être difficile avec une poliomyélite ; la distinction avec les polynévrites idiopathiques repose uniquement sur l'évolution de la maladie et l'augmentation du taux de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien avec chiffre de cellules normal ou presque. L'auteur conclut qu'il n'existe aucun élément permettant de considérer le syndrome de Guillain-Barré comme une entité autonome. Il s'agit d'un groupement symptomatique et non d'une unité nosologique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Hallucinations visuelles par méningiomes de la fosse crânienne antérieure (Allucinazioni visive da meningiomi della fossa cranica anteriore), par I. PAPO, A. BEDUSCHI et F. D'ANDREA (de Milan). (*Acta neurologica*, Naples, 10^e année, n° 5, septembre-octobre 1955, p. 752-758).

Deux cas de méningiomes sont rapportés : l'un de la gouttière olfactive, l'autre du tubercule de la selle turcique, avec, dans le tableau clinique, impor-

tante symptomatologie hallucinatoire visuelle, coïncidant avec la cécité. Certains signes se rapprochaient de l'hallucinoïse pédonculaire de Lhermitte. Une explication est proposée pour démontrer l'apparition des phénomènes psycho-sensoriels. Deux figures.

V.-J. DURAND.

Crises épileptiques chez un sujet avec tableau radiologique crânien de type dysostotique raréfiant (Crise epilettiche in soggetto con reperto radiologico cranico di tipo disostotico rarefacente), par Cesare MATTIOLI-FOGGIA (de Pistoïe). (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, vol. 76, 1955, extrait de huit pages).

L'auteur rapporte un cas d'épilepsie chez une femme de 49 ans, dont les premières crises avaient commencé à 44 ans. L'examen montra l'existence de zones lacunaires crâniennes à la radiographie. Après discussion de l'étiologie, l'auteur pense qu'il s'agissait d'une dysostose raréfiante. Ces lésions ne semblent pas avoir joué un rôle décisif dans le déterminisme des crises épileptiques. Trois figures.

V.-J. DURAND.

La place de la corticothérapie dans le traitement de la méningite tuberculeuse, par G. BOUDIN et J. BARBIZET (*La presse médicale*, 64, n° 1, 4 janvier 1956, p. 1-3).

L'association de la corticothérapie au traitement antibiotique de la méningite tuberculeuse constitue un réel progrès. C'est ce que montre l'étude de la littérature et ce que confirme l'expérience personnelle des auteurs, à l'aide de onze observations. La cortisone *per os*, l'A.C.T.H. par voie intra-veineuse, peuvent guérir les formes comateuses, soit de méningites graves d'emblée, soit de formes traitées tardivement ou insuffisamment, ou passées à la chronicité. La cortisone *per os*, l'A.C.T.H. intra-veineux, et surtout l'hydro-cortisone intra-rachidienne, diminuent les cellules et l'albumine du liquide céphalo-rachidien. Le traitement est indiqué en cas d'albuminorachie élevée persistante, de blocage céphalo-rachidien, de paralysies des nerfs crâniens et notamment d'atteinte opto-chiasmatique. On doit conseiller cette association de la corticothérapie dans toutes les formes de méningite tuberculeuse, où la méthode habituelle donne des résultats insuffisants. Evidemment, les précautions classiques sont à prendre pendant la cure hormonale, en particulier si le malade est dans le coma. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Manifestations neurologiques, otoneurologiques et électromyographiques dans un cas initial de myopathie lipo-fibro-calcaire (Manifestazioni neurologiche, otoneurologiche e elettromiografiche in un caso iniziale di miopatia lipo-fibro-calcareo), par Cesare MATTIOLI-FOGGIA (de Pistoïe). (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, vol. 76, 1955, extrait de 10 pages).

L'auteur rapporte de façon très détaillée l'observation d'un cas de myopathie lipo-fibro-calcaire. Il s'étend plus particulièrement sur les données neurologiques, électro-myographiques et audiométriques. Chez ce malade,

comme chez d'autres sujets atteints de myopathie lipo-fibro-calcaire, l'audiométrie montre une hyperacousie qui pourrait intervenir dans le déterminisme de phénomènes hallucinatoires auditifs. Cette hyperacousie serait due à une atteinte des muscles de l'oreille moyenne. Forme de mésenchymopathie, la myopathie lipo-fibro-calcaire doit être rattachée aux neuromésodermoses de Bolsi. 13 figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Sur un cas d'astasia-abasie avec endocraniose (Su di un caso di astasia-abasia con endocraniosi), par Silvano PARIGI et Giovanni FALEG (d'Arezzo). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 1, fasc. 3-4, juillet-décembre 1955, p. 311-318).

Un homme de 49 ans, à la suite d'un refroidissement avec forte céphalée, présente, à deux reprises, une symptomatologie astasique-abasique sans signes neurologiques objectifs. Il y a, seulement, une dysréflexie vestibulaire et des signes radiologiques d'hyperostose fronto-basilaire. Dans le cas présent, l'auteur pense qu'il est possible d'interpréter l'astasia-abasie comme un signe de souffrance cérébrale liée à des poussées d'endocraniose en rapport avec une rhinite. Les troubles vestibulaires peuvent également être rattachés à l'endocraniose. Deux radiographies.

V.-J. DURAND.

Sur la thrombose de la carotide interne consécutive aux maladies infectieuses (Sulla trombosi della carotide interna conseguente a malattia infettiva), par Pietro SARTESCHI (de Pise). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 1, fasc. 3-4, juillet-décembre 1955, p. 349-368).

L'auteur, après une revue de la question, décrit deux cas de thrombose de la carotide interne : l'un après fièvre typhoïde, l'autre après septicémie consécutive à une gastrectomie. Une étude clinique, artériographique et électro-encéphalographique, en est faite. Après avoir discuté le mécanisme étiopathogénique et le mécanisme de la thrombose, l'auteur rappelle que celle-ci peut ne pas être diagnostiquée si on n'effectue pas parallèlement des recherches électro-encéphalographiques et artériographiques. Sept figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Syndromes délirants dans deux cas d'angiomatose encéphalo-trigémisée (Sindromi deliranti in due casi di angiomatose encefalo-trigeminali), par Guido CASTORINA et Elisio ALLIANI (de Rome). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 75, fasc. 3, 30 septembre 1955, p. 661-679).

Les auteurs rapportent deux cas d'angiomatose encéphalo-trigémisée, avec association, pour l'un, d'un syndrome schizophrénique paranoïde, pour l'autre, d'une forme schizophrénique hétérophrénocatatonique, survenue brusquement avec des périodes d'agitation psychomotrice de plus en plus fréquentes et intenses. Après avoir analysé les éléments qui permettent de placer les malades dans le cadre des angiomas encéphalo-trigémisées, les auteurs discutent la position des troubles psychiques, en particulier en ce qui concerne le diagnostic différentiel avec les psychoses épileptiques. Cinq figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Considérations sur la formation du centre verbo-moteur (Considerazioni sulla formazione del centro verbomotore), par Ag. RUBINO et A. SCOPPA (de Naples). (*Acta neurologica*, Naples, 10^e année, n° 5, septembre-octobre 1955, p. 657-666).

Se basant sur des considérations paléontologiques et anatomo-cliniques, les auteurs expliquent la latéralisation du centre verbo-moteur. Ce dernier est latéralisé dans l'hémisphère opposé au côté où prédominent les mouvements manuels les plus habiles, parce que le cerveau, qui s'est développé après les fonctions motrices différenciées, s'est modelé sur les fonctions toujours plus complexes de la motricité des membres. Ainsi, se serait formé un très riche schéma fonctionnel : périphérie motrice-cortex-périphérie motrice. De la zone motrice où prédominent les habiletés manuelles, partent des impulsions plus différenciées par la qualité et la quantité, que celles du côté opposé, et avec formation consécutive d'un centre verbo-moteur dans la zone corticale, où arrivent ces impulsions. De nombreux faits cliniques et anatomo-pathologiques sont en faveur de cette conception.

V.-J. DURAND.

Un cas très rare d'épilepsie consciente et mnésique (Un caso rarissimo di epilessia cosciente e mnésica), par Giuseppe PINTUS et Renzo ARDITO (de Pise). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 1, fasc. 3-4, juillet-décembre 1955, p. 275-291).

Chez un malade qui présente, depuis l'âge de 16 ans, des crises épileptiques généralisées précédées de polyurie et de pensée forcée, apparaissent à partir de 40 ans des modifications symptomatiques. Les signes tonico-cloniques et les troubles de la conscience cessent, mais s'observent des accès caractérisés par la pensée forcée, une asthénie marquée, de l'inquiétude, une sensation d'agacement au niveau des membres inférieurs, de la bradypsychie. Ces crises durent 50 à 70 heures et apparaissent presque chaque semaine. L'électro-encéphalogramme intercritique est pratiquement négatif. En crise, se montrent toutes les trois à cinq secondes, des décharges périodiques de pointes, pointes-ondes, ondes rapides ou lentes, généralisées, bilatérales, synchrones. Le traitement (bromures, barbituriques, paramétadione) se montra efficace. On peut incriminer, à l'origine des crises, une atteinte des structures du méso-diencephale. Quatre figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Epreuves psycho-expérimentales chez des malades avec troubles psychiques atteints de myopathie lipo-fibro-calcaire (Prove psicosperimentali in pazienti con disturbi psichici affetti da miopatia lipo-fibro-calcareo), par C. MATTIOLI-FOGGIA et M. CARTA (de Pistoïe). (*Bollettino dell'Accademia medica Pistoiese Filippo Pacini*, 26^e année, 1955, extrait de 22 pages).

Quatre malades atteints de myopathie lipo-fibro-calcaire et avec troubles psychiques sont soumis à l'épreuve de Vermeulen (un des malades refuse ce test), et au psycho-diagnostic de Rorschach. Dans l'ensemble, le profil de Vermeulen montre une atteinte marquée des fonctions de compréhension.

Le test de Rorschach traduit une pauvreté de la personnalité, avec tendance à l'extravagance et dysharmonie. Les deux épreuves sont en faveur d'un déséquilibre dysharmonique. Figures. Tableaux. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

La migraine telle qu'elle apparaît à la lumière des travaux récents sur les céphalées vasculaires, par Jean CAMBIER. (*La presse médicale*, 63, n° 82, 10 décembre 1955, p. 1705-1707).

Les travaux de H. G. Wolff et de ses collaborateurs ont amené une nouvelle conception d'ensemble de la migraine. Celle-ci apparaît comme liée à une prédisposition constitutionnelle de certains sujets à réagir, par des perturbations vaso-motrices excessives intéressant les vaisseaux céphaliques, aux problèmes de la vie quotidienne. Il s'agit d'une prédisposition transmise héréditairement et constituant un des éléments de réactions neuro-hormonales complexes à point de départ diencephalique, dont les variations de l'hydratation de l'organisme sont un autre exemple. Il y a participation des vaisseaux superficiels (surtout de l'artère temporale superficielle) et des vaisseaux intra-craniens. La douleur de la migraine répond à une vasodilatation intense succédant à une vaso-constriction marquée. En même temps que la première, survient un œdème local, avec abaissement du seuil de provocation de la douleur profonde. Les vaso-constricteurs sont thérapeutiquement efficaces, en particulier la nor-épinéphrine, en perfusions intra-veineuses, à la dose de 4 cm³, d'une solution à 0,2 %, dans un litre de sérum glucosé isotonique. On obtient alors la disparition de la douleur et de l'œdème local, en même temps que le retour à la normale du seuil douloureux profond. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur l'histopathologie des hémorragies cérébrales comme contribution au problème de la démyélinisation (Zur Histopathologie der Hirnblutungen als Beitrag zum Entmarkungs problem), par Hugo V. RAUBITSCHKE (de Crownsville, Maryland, U.S.A.). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 75, fasc. 1-2, 1955, p. 214-226).

Les hémorragies cérébrales montrent un liseré démyélinisé si le temps écoulé entre l'hémorragie mortelle et l'autopsie est suffisant. Dans cette zone de démyélinisation, les cylindraxes sont intacts. Après la mort, ce processus de démyélinisation continue. Il est arrêté par l'action du formol sur le plasma sanguin et non par une action portant directement sur la myéline. Il est possible de noter quelques différences entre les lésions thrombotiques artérielles et veineuses. Des observations sont rapportées, en particulier deux syndromes de Waterhouse-Friderichsen. Une figure. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur la « dyssynergie cérébelleuse progressive » de Hunt. Contribution clinique (Sulla « dissinergia cerebellare progressiva » di Hunt. Contributo clinico), par Giovanni CARRIERI (de Bari). (*Rassegna di neuro-psichiatria*, vol. 9, n° 4-5, juillet-octobre 1955, p. 403-421).

L'auteur rapporte un cas de dyssynergie cérébelleuse progressive de Hunt, chez un garçon de 15 ans, avec tremblement intentionnel marqué, prédo-

minant aux extrémités et oppositionnel, accompagné de troubles de la synergie et de la diadococinésie. Une revue de la littérature est faite en vue de définir les rapports entre dyssynergie cérébelleuse progressive et dyssynergie cérébelleuse myoclonique. L'autonomie de cette dernière semble douteuse. Au contraire, la dyssynergie cérébelleuse progressive paraît constituer une entité bien individualisée malgré certaines réserves dues à la faible quantité de cas signalés dans la littérature mondiale. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Chondrome vertébral intra- et extra-rachidien (Condroma vertebrale intra- ed extra-rachideo), par Alberto MURATORIO (de Pise). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 1, fasc. 3-4, juillet-décembre 1955, p. 369-382).

Après description d'une observation de chondrome vertébral intra- et extra-rachidien chez un sujet de 59 ans, avec syndrome de compression médullaire dorsal, lésion au niveau de la 4^e vertèbre dorsale et résultat post-opératoire favorable, l'auteur rappelle quelques données classiques sur cette variété de tumeur au niveau du rachis. Sept figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les réflexes cardio-vasculaires par stimulation labyrinthique sous narcose chez les malades mentaux (I riflessi cardiovascolari da stimolazione labirintica sotto narcosi in malati di mente), par Giovanni FALEG et Silvano PARIGI (d'Arezzo). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 1, fasc. 3-4, juillet-décembre 1955, p. 383-392).

Les auteurs ont effectué la recherche des réactions cardio-vasculaires chez des malades mentaux, par stimulation labyrinthique calorique, au cours d'une narcose barbiturique rapide, obtenue par injection intra-veineuse. Les résultats observés confirment ceux déjà notés antérieurement à l'état de veille : les sujets atteints d'hyperthymie pathologique montrent une plus grande réactivité labyrinthique cardio-vasculaire que les malades hypothyroïdiens ou athymiques.

V.-J. DURAND.

Lésions traumatiques de la moelle épinière (Ozljeđe kičmene mozđine), par Kožic MATIJA (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 3, n° 2, 1955, p. 100-108).

L'auteur fait une description physiopathologique et histologique des modifications médullaires à la suite de traumatismes. Puis, il rappelle les signes cliniques des divers types de syndromes : commotion, contusion, laceration, hématorachis, hématomyélie, compression, section complète de la moelle. Le problème du traitement des lésions ouvertes est évoqué avec nécessité de thérapeutique chirurgicale. Au contraire, pour les traumatismes fermés de la moelle, le problème n'est pas résolu. Dans l'ensemble, l'auteur se montre partisan d'une méthode conservatrice, ne posant que rarement l'indication de la laminectomie. Il pense que le traumatisme opératoire surajouté peut rendre irréparable une atteinte jusqu'alors réversible. Des indications sont données pour la laminectomie précoce ou tardive et d'autres techniques

opératoires, utilisant pour la plastie dure-mérienne des prothèses au polyéthylène. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Fondement anatomique des mouvements involontaires anormaux (Soporte anatomico de los movimientos involuntarios anormales), par J.-O. TRELLES et S. D. ROEDENBECK. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 18, n° 1, mars 1955, p. 1-90).

Après avoir évoqué les problèmes généraux et les principes de classification, les auteurs passent en revue les éléments anatomiques, histo-pathologiques et physio-pathologiques dont il faut tenir compte. Puis, ils font une étude soignée des différents mouvements involontaires anormaux. Pour les myoclonies, si on ignore la localisation du paramyoclonus multiplex, il apparaît que les myoclonies vélo-palatines sont dues à une lésion dento-olivaire, la myoclonie-épilepsie d'Unverricht-Lundborg à une atteinte olivo-dento-rubro-striée, la myoclonie de Kojewnikoff, enfin, à une lésion strio-corticale. Pour les tremblements, celui de repos, statique, parkinsonien, est lié à l'atteinte du pallidum et du locus niger ; le tremblement d'action vient d'une lésion dento-rubro-thalamique. Dans le groupe des hypercinésies complexes, il faut considérer : l'hémiballisme, par atteinte du corps de Luys ou de ses connexions ; les chorées comprenant l'hémichorée post-apoplectique de Weir-Mitchell et Charcot avec lésion caudée ou putamino-caudée ; la chorée de Huntington, d'origine striée ; la chorée de Sydenham, cérébello-rubro-thalamique ; quelques cas de chorée d'origine corticale. L'athétose est à rattacher à des lésions pallido-thalamo-luysiennes. Le spasme de torsion est difficile à localiser. Il vient de lésions diffuses, principalement strio-pallido-luysiennes. Le trouble musculaire ne se produit pas s'il y a une atteinte cérébelleuse associée. Il n'est pas possible actuellement de préciser les voies nerveuses en cause. De nombreuses hypothèses ont été émises. Toutes sont passibles de critiques. Il faut être très prudent en face de toute tentative d'explication. Douze figures. Très importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

La signification du thalamus (El significado del talamo), par Earl WALKER (de Baltimore, U.S.A.). (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 18, n° 2, juin 1955, p. 131-150).

L'auteur étudie l'organisation fonctionnelle du thalamus, s'arrêtant d'abord à la signification de ses divers noyaux, puis à l'intégration de ces noyaux en complexes fonctionnels. Après une étude des conceptions anatomo-physiologiques classiques sur les noyaux ventral postérieur et ventral latéral, est faite une synthèse générale sur la signification du complexe nucléaire latéral, fonctionnellement solidaire du cortex pré- et rétro-rolandique ; il ne s'agit pas là d'un simple relais de modalités sensitives individuelles, mais un niveau où se fait une intégration supérieure. Ensuite est faite une révision des connaissances actuelles sur le système réticulaire thalamique, système de recrutement dont l'influence, contrôlée par d'autres noyaux sous-corticaux, s'exerce sur le rythme cortical spontané et sur

L'élaboration des impulsions qui arrivent par les systèmes spécifiques de projection. L'auteur admet la nécessité de concevoir, dans l'organisation thalamique, les trois plans de l'espace, pour la représentation statique du corps et une quatrième dimension, la régulation dans le temps des impulsions afférentes de fréquence inégale, pour faire de l'intégration thalamique un processus dynamique. Il est donc possible de relier les paresthésies avec les perturbations de la vitesse de conduction et des interférences avec l'intégration temporelle au niveau du thalamus ; l'hyperpathie et la douleur thalamique doivent être rattachées au système réticulaire thalamique, qui demeure le seul en fonction quand la lésion a compromis les fibres sensitives afférentes et n'a pas forcément isolé le thalamus du contrôle cortical. L'article se termine par quelques réflexions : sur le noyau médian, ses connexions, sa fonction comparable à celle de la cortisone sur le système endocrinien, sur le métalthalamus et sa double fonction d'intégration (spatiale et temporelle), sur le pulvinar, enfin, au rôle encore très mal connu. Figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Quelques cas d'encéphalopathie pseudo-tumorale par hypertension artérielle (Qualche caso di encefalopatia pseudo-tumorale da ipertensione arteriosa), par CAVALCA GIAN GIACOMO (de Bologne). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 79, fasc. 3, 30 septembre 1955, p. 595-612).

L'auteur décrit cinq cas d'hypertension maligne présentant une symptomatologie endocranienne évoquant beaucoup une tumeur cérébrale. Rappelant les travaux de la littérature sur la question, il montre que le diagnostic de présomption d'une néoformation cérébrale dans quelques cas, qui en présentent des caractères typiques, cliniques et de laboratoire, n'est pas toujours confirmé par les données des examens ultérieurs. Cela, particulièrement si le malade est un hypertendu, à cause de l'existence des tableaux pseudo-tumoraux comme expression de la malignité du processus hypertensif. Le diagnostic d'encéphalopathie pseudo-tumorale hypertensive est posé seulement une fois que toutes les possibilités techniques de recherche d'une néoplasie cérébrale ont été épuisées. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

BIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

Étude électrophorétique sur le liquide céphalo-rachidien et sur le sang chez des sujets atteints de syphilis cérébrale (Studio elettroforetico sul liquor e sul sangue in soggetti affetti da lues cerebri), par R. BIAGINI et M. RADICCHI (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 5, 1955, p. 674-686).

Les auteurs ont effectué une recherche électrophorétique sur le sérum sanguin et sur le liquide céphalo-rachidien dans 18 cas de syphilis cérébrale. Ils ont noté une diminution des protéines sériques et une augmentation de celles du liquide céphalo-rachidien, avec altération du rapport sérine-globuline. La diminution de ce rapport est due surtout à l'augmentation de la

fraction des gamma-globulines, avec baisse relative des albumines. De telles modifications sont plus nettes dans le liquide céphalo-rachidien que dans le sang. Les auteurs concluent en montrant l'importance du tracé électrophorétique du liquide céphalo-rachidien chez des sujets où la syphilis cérébrale est soupçonnée, malgré des réactions sérologiques communes négatives. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Épilepsie et catatonie audiogènes de la rate blanche (*Epilepsia y catatonía audiogénas de la rata blanca*), par Juan Antonio VALLEJO-NÂGERA BOTAS. (*Revista de psiquiatria y psicologia medica de Europa y America latinas*, t. 2, n° 2, avril-mai-juin 1955, p. 111-143).

Les phénomènes qui constituent la crise audiogène de la rate blanche ne sont ni névrotiques, ni épileptiques. Il s'agit d'une catatonie expérimentale typique, non seulement dans la dernière phase de stupeur, appelée déjà catatonique par divers auteurs, mais aussi dès les premières réactions au stimulus auditif. A la période de latence, les réactions ne sont pas de panique, ni de fuite, mais sont des mouvements automatiques dirigés fréquemment vers le stimulus auditif. Ces mouvements sont séparés par des phases d'abolition de la motilité volontaire. Il y a flexibilité circeuse ou conservation des attitudes imposées. Les mouvements sont stéréotypés. Le négativisme est constant. Au contraire, les convulsions n'apparaissent que dans 35 % des crises audiogènes. Elles diffèrent des convulsions par cardiazol ou par électro-choc. Il semble s'agir d'un phénomène s'ajoutant, occasionnellement, à la catatonie audiogène. Le seuil convulsif pour le cardiazol est le même chez les rates audio-sensibles et audio-résistantes. La prédisposition constitutionnelle à répondre par la catatonie se manifeste chez les mêmes animaux par la catatonie post-cardiazolique. La surrénalectomie chez les rates audio-sensibles n'entraîne pas un résultat définitif. La sensibilité audiogène disparaît par les sympatholytiques anti-adréraliniques, les neuroplégiques (chlorpromazine), les anti-histaminiques, qui n'empêchent pas les convulsions cardiazoliques. Des doses infra-convulsivantes de cardiazol sensibilisent les rates audio-résistantes. L'adrénaline n'a pas cet effet. Graphiques. Figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Variations du glutathion sanguin dans la narcose barbiturique (*Variazioni del glutatione ematico nella narcosi barbiturica*), par Eustachio ZARA et Ernesto BUONONNO (de Lecce). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 1, fasc. 3-4, juillet-décembre 1955, p. 393-402).

Dans des recherches antérieures, les auteurs avaient noté, au cours du nyctémère, une baisse de glutathion sanguin pendant le sommeil. En cas de narcose barbiturique obtenue par injection intraveineuse de sel sodique de l'acide éthyl-iso-amyl-barbiturique, le taux du glutathion sanguin est également abaissé. Cette chute correspondrait à l'augmentation du glutathion tissulaire avec diminution de l'utilisation de ce corps, répondant à l'abaissement du métabolisme oxydatif constaté dans la narcose barbiturique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Modifications du cortex surrénal au cours de stress des animaux traités par une substance ganglioplégique, 4560 R.P. ou largactil (Modificazioni della corteccia surrenalica in corso di stress di animali trattati con sostanza ganglioplegica, Il 4560 R.P. o Largactil), par Pietro TAVERNA (de Voghera). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 1, fasc. 3-4, juillet-décembre 1955, p. 463-471).

Dans une série d'expériences chez le cobaye, des stress ont été provoqués par injection de formol à 5 %. L'utilisation préventive de chlorpromazine réduit notablement les manifestations d'hyper- ou d'hypo-cortico-surrénalisme liées au stress. L'auteur compare ces résultats avec ceux obtenus par d'autres expérimentateurs. Quatre figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Cholestérol et lipoprotéine dans le tableau humoral de la démence sénile et artérioscléreuse (Colesterolo e lipoproteine nel quadro umorale della demenza senile ed arteriosclerotica), par A. SCANU, C. SINISI, M. MANCINI et S. SCHIANO (de Naples). (*L'ospedale psichiatrico*, 23^e année, fasc. 3, juillet-septembre 1955, p. 183-194).

Sur un groupe de 60 malades atteints de démence sénile et artérioscléreuse, furent étudiés la cholestérolémie et le taux des lipoprotéines du plasma, au moyen de tests au phénol, à la lécithinase, et de la détermination électrophorétique du rapport bêta-alpha des lipoprotéines. Les résultats obtenus furent très différents de ceux d'un groupe-témoin, cholestérolémie et lipoprotéïnémie étant plus élevées. Ces résultats ont une valeur statistiquement significative, mais leur interprétation mérite d'être recherchée plus complètement.

V.-J. DURAND.

Modifications biologiques produites par la chlorpromazine : variations de la glycémie (Modificazioni biologiche indotte dalla clorpromazina: variazioni della glicemia), par E. ZARA et E. BUONDONNO (de Lecce). (*L'ospedale psichiatrico*, 23^e année, fasc. 3, juillet-septembre 1955, p. 195-206).

Les auteurs ont recherché les variations de la glycémie chez 23 malades soumis au largactil. Ils ont observé une diminution du sucre sanguin dans 82 % des cas ; cette baisse, déjà appréciable un quart d'heure après l'injection de chlorpromazine dans 50 % des cas, atteint son maximum au bout de 90 minutes. Le retour à la valeur initiale se fait, dans 65 % des cas, en deux heures. Cette hypoglycémie est interprétée comme en rapport avec une sécrétion diminuée d'adrénaline par blocage au niveau des synapses inter-ganglionnaires, avec la prédominance du tonus vagal par passage d'insuline dans la circulation, ainsi qu'avec l'action du médicament sur les centres méso-diencephaliques régulateurs du métabolisme des hydrates de carbone. Des recherches précédentes avaient montré de l'hypokaliémie après administration de chlorpromazine. Ceci met en évidence le rapport entre métabolismes des hydrates de carbone et des électrolytes.

V.-J. DURAND.

Effets de l'hypothermie sur l'activité électrique du cerveau, spécialement sur les circuits thalamo-corticaux (Effects of hypothermia on the electrical activity of the brain, especially on the thalamo-cortical circuits), par NAOSABURO YOSHII, YOSHIHIKO KOYASU, KIN-ICHI OKAZAKI et YOSHIHARU HASEGAWA (d'Osaka). (*Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 9, n° 2, septembre 1955, p. 121-134).

Les auteurs ont étudié les changements dans l'activité électrique corticale chez les chiens et les chats. La fréquence des potentiels de base change presque parallèlement avec la température, bien qu'il y ait un certain retard dans la fréquence pendant le réchauffement, tandis que la fréquence des ondes barbituriques apparaît préservée en face d'une hypothermie modérée. Des « after-discharges » répétées déclenchées par une simple excitation appliquée sur le thalamus peuvent se voir pendant le refroidissement et disparaissent peu avant ou peu après l'élévation de la température à 20° environ. Une réapparition survient quand la température atteint 30° C. Des potentiels évoqués par le cortex cérébral comme réponse primaire à une stimulation thalamique persistent même dans l'hypothermie extrême. Les auteurs discutent le comportement des circuits thalamo-corticaux et du système activateur du tronc cérébral en face du refroidissement et du réchauffement. Les voies oligosynaptiques sont plus résistantes au froid et à l'anesthésie que les systèmes polysynaptiques. Quatre figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Electromyographie (Elektromiografija), par O. PLEVKO (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 3, n° 2, 1955, p. 117-127).

Une revue générale est faite du problème de l'électromyographie. Après un rapide historique, les méthodes et les principales indications des applications neurologiques sont définies. Les caractéristiques des tracés chez des sujets normaux et au cours de différentes affections médullaires, nerveuses et myopathiques, sont décrites. L'auteur s'appuie sur ses observations personnelles pour montrer la signification de cette technique. Il pense que d'importants renseignements complémentaires peuvent être obtenus grâce à l'électromyogramme dans de nombreuses maladies neuro-musculaires. Il souhaite que ce procédé d'exploration soit employé plus fréquemment pour compléter l'examen clinique du malade. Douze tracés électromyographiques. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

ENFANCE ET ADOLESCENCE

Sur les difficultés de développement d'enfants en milieu biculturel (Ueber Entwicklungsschwierigkeiten von Kindern in bikulturellem Milieu), par H. HOFF et M. STEPAN (de Vienne). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, vol. 5, n° 2, juin 1955, p. 90-96).

On sait l'importance jouée par le milieu dans le développement psychique de l'enfant. Si celui-ci se trouve dans une ambiance où deux cultures s'affrontent, de graves difficultés peuvent se présenter, des conflits peuvent sur-

gir, des réactions névrotiques peuvent apparaître. Les auteurs citent les cas des familles de diplomates, d'officiers d'occupation, d'émigrants. Ils montrent les processus en cause et le déroulement des manifestations réactionnelles. Dans de semblables situations, l'enfant est partagé entre des impressions, des sentiments, des pulsions contradictoires. Des conseils sont donnés au point de vue de l'hygiène mentale.

V.-J. DURAND.

Les problèmes des épilepsies de l'enfance et de la puberté (Os problemas das epilepsias da infancia e da puberdade), par J. ALVES GARCIA. (*Brasil medico*, 68^e année, n^{os} 32 à 52, août-décembre 1954, p. 472-479).

Les convulsions infantiles très fréquentes viennent de l'immaturité et de la vulnérabilité du système nerveux, augmentées par l'insuffisance des moyens de défense et d'inhibition de l'organisme. On distingue des convulsions symptomatiques d'affections ou de lésions nerveuses, de maladies fébriles, toxiques ou spasmophiles, enfin, des convulsions idiopathiques. Il faut connaître les divers types épileptiques : complets, partiels, frustes, marginaux ; certaines formes méritent une attention spéciale : la psycholepsie, commune en milieu scolaire, cessant ordinairement à la puberté, de bon pronostic ; l'épilepsie affective, pouvant entraîner des conflits familiaux et scolaires. Il est rare qu'on puisse retrouver chez l'enfant les classiques constitution, tempérament et caractère épileptiques. Dans quelques cas, s'observent certains traits annonçant les constitutions énéchéthique et ictaffine. Parmi les nombreux problèmes posés par l'épilepsie infantile et pubertaire, ceux de l'hygiène mentale de ces malades sont parmi les plus délicats, impliquant une attitude convenable de la famille et en général de tout l'entourage, particulièrement scolaire. Très fréquents sont en effet les symptômes d'inadaptation, d'hyperesthésie affective aux contacts sociaux. Il faut s'efforcer d'en limiter l'importance.

V.-J. DURAND.

Les difficultés scolaires, par J. CATHALA (de Paris). (*La presse médicale*, 63, n^o 84, 17 décembre 1955, p. 1739-1743).

La question des difficultés scolaires est souvent très complexe, demandant une étude soigneuse avec collaboration du médecin, du psychologue, du pédagogue et de l'assistante sociale. Nombreuses sont les causes qui peuvent intervenir. Elles peuvent tenir à l'enfant lui-même, à son entourage familial, à son milieu, à l'école. L'auteur les analyse successivement, montrant le rôle essentiel que peut jouer le médecin. Celui-ci doit envisager : l'aptitude intellectuelle, en tant qu'adaptée aux études, un donné caractériel qui rassemble les pouvoirs régulateurs des conduites, enfin des réactions affectives. Ainsi, sont précisés les notions essentielles sur les moyens d'apprécier, de jauger l'intelligence, les avantages d'une bonne étude caractérologique, l'importance d'une connaissance des facteurs affectifs, en particulier dans la constellation familiale. Comme le dit l'auteur, « il faut au médecin, du tact, de la finesse, de l'intention, de la modestie... et du temps ». La solution, une fois trouvée, des difficultés peuvent surgir pour en obtenir l'application (milieu familial défavorable, conditions sociales pénibles). De toute façon, le médecin doit demeurer le conseiller naturel des familles.

V.-J. DURAND.

Sur la nature et le développement précoce du moi-idéal (On the nature and early development of the ego ideal), par Lilly OTTENHEIMER. (*American journal of psychotherapy*, vol. 9, n° 4, octobre 1955, p. 612-623).

L'auteur montre comment les conceptions de Freud et d'autres psychanalystes sur le moi idéal ont varié. Pour sa part, à l'aide de quelques exemples personnels, il lui apparaît que le moi idéal est une défense de l'individu contre la conscience de sa propre impuissance et de son propre abandon, au milieu des vicissitudes de la vie. C'est très précocement, dans le développement psychique de l'enfant, qu'apparaît et se forme cette variété du moi. Les relations entre l'enfant et l'entourage déterminent la vraie nature de ce moi idéal. Chez les sujets atteints de névrose, ce moi échoue dans sa fonction de défense.

V.-J. DURAND.

Importance de l'apport de la physiologie cérébrale à la pédagogie, par J. SEABRA-DINIS. (*Anais portuguesas de psiquiatria*, vol. 6, décembre 1954, p. 141-146).

Dans les derniers temps, la plupart des théories pédagogiques admises dans de nombreux pays tiennent souvent peu compte de la neuro-physiologie infantile. Plusieurs causes semblent intervenir pour expliquer cette situation : l'insuffisance des données physiologiques, particulièrement de celles relatives à la physiologie cérébrale, la crainte que la psychologie soit absorbée par la physiologie et réduite à elle, le fait que l'époque actuelle favorise la rupture entre psychologie et physiologie. L'auteur passe en revue quelques-uns des progrès accomplis dans le domaine de la physiologie cérébrale, montrant la grande plasticité de l'activité de l'encéphale et insistant sur la valeur des connaissances physiologiques pour les pédagogues. Une référence particulière est faite des conceptions pavloviennes. Elles sont susceptibles d'utiles applications dans le domaine de l'éducation.

V.-J. DURAND.

Carence d'amour maternel : ses répercussions sur le développement intellectuel (Carencia de amor materno : sus repercusiones sobre el desarrollo intelectual), par H. FELDMANN (de Genève). (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 10, n° 34, avril-juin 1955, p. 391-407).

Après avoir rappelé les conditions habituelles du développement de l'intelligence chez l'enfant, l'auteur montre la gravité possible de la carence d'affection maternelle sur l'évolution intellectuelle. Pour éviter ces troubles, plusieurs nécessités doivent être respectées : 1) présence d'une personne qui aime l'enfant et lui donne une impression de sécurité. Une mère anxieuse peut être cause de perturbations et empêcher l'affirmation du « moi ». Les enfants abandonnés ont toujours une impression d'infériorité, d'insécurité ; 2) fortifier le « moi » par un intérêt affectif constant de la part des parents et surtout de la mère, sans excès, mais en montrant à l'enfant la satisfaction que prennent ses parents à constater ses progrès intellectuels ; 3) créer l'autonomie du « moi » en lui permettant de faire entrer parmi les objets de ses intérêts ses camarades, ses maîtres, sa société.

V.-J. DURAND.

Impression de mousse du liquide céphalo-rachidien dans les pneumo-encéphalogrammes (Stvaranje pjene u likvoru Kod encefalografija), par F. PETROVČIĆ (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 3, n° 2, 1955, p. 128-131).

Dans 15 % des cas de pneumo-encéphalogrammes faits chez l'enfant apparaît une image de mousse du liquide céphalo-rachidien. Cette impression est beaucoup plus rare chez l'adulte. L'auteur pense que cette apparence est une conséquence de la grande instabilité des enfants, qui ne restent pas immobiles et ont de brusques mouvements de la tête au moment de la prise des clichés. Deux conditions préalables indispensables sont la présence d'albumine et une surface suffisamment importante du liquide céphalo-rachidien pouvant amener la formation d'une image de mousse. Quatre figures.

V.-J. DURAND.

Quand j'aurai trente ans. Interprétation d'une rédaction de jeunes filles de quatorze ans (Wenn ich dreissig Jahre alt sein werde. Auswertung eines Aufsatzes vierzehnjähriger Mädchen), par Alois EDER (de Vienne). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, t. 5, n° 3, septembre 1955, p. 168-184).

L'auteur analyse 460 rédactions faites par des jeunes filles de 14 ans des écoles de Vienne sur le thème : « Quand j'aurai trente ans ». Il classe les réponses obtenues : monde des valeurs morales, attitude vis-à-vis d'une vocation ou d'une profession, position adoptée à l'égard de la famille et du mariage, conceptions des possibilités matérielles offertes par la vie (confort, luxe, coquetterie), traits traduisant une vue réaliste et parfois pessimiste de l'existence ; ambivalence affective avec sentiment d'incompréhension, « Sehnsucht », désir de solitude et rêveries plus ou moins sombres ; volonté d'indépendance et d'autonomie, sans rien devoir à la famille ; idées de voyages, de connaissance du monde, positions à l'égard de certaines distractions (théâtre, cinématographe, lecture) ; intérêts pour les sports. Dans l'ensemble, domine dans ces rédactions une grande activité imaginative associée à une importante richesse de sentiments. Ces jeunes filles se font de leur vie ultérieure une image idéale souvent très précise et très variée. L'auteur craint que la multiplicité des plaisirs faciles et bon marché de notre époque, ainsi que l'abandon de certaines traditions morales, familiales ou sociales, n'empêchent la réalisation de ces projets et ne provoquent de pénibles désillusions. Il souhaite que les éducateurs tiennent compte de ces aspirations imaginatives et sachent préparer les adolescentes à leur rôle futur, en leur indiquant les possibilités réelles offertes par la vie. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Recherches catamnétiques sur l'enfance et sur la jeunesse des schizophrènes (Ricerche catamnestiche sull'infanzia e sulla giovinezza degli schizofrenici), par G. ANDREANI (de Ferrare). (*Giornale di psichiatria e di neuropatologia*, 83^e année, fasc. 4, 1955, p. 885-912).

L'auteur a recherché divers facteurs familiaux et liés à l'ambiance, dans l'enfance et l'adolescence, de 146 schizophrènes des deux sexes. Pour la

plupart des éléments considérés (lieu de naissance, habitation, capacité scolaire, perte des parents, activité, conditions économiques de la famille, occupation du père et de la mère, par exemple), il n'a été observé aucune différence notable avec des individus sains pris comme sujets de contrôle. Les variations pathologiques trouvées, peu fréquentes, de faible intensité, parmi lesquelles quelques traits caractéristiques de l'atmosphère familiale, de l'éducation, des rapports entre les parents et les enfants, de l'ordre de naissance, etc., ne sont pas considérées comme spécifiques. Elles semblent encore moins déterminantes pour donner une explication pathogénique de la maladie. Pour de nombreux points, l'on arrive ainsi à des conclusions très différentes de celles de divers auteurs. Bibliographie.

V.-J. DURAND

PSYCHANALYSE

Pourquoi n'y-a-t'il pas un complexe d'Oreste? (Warum gibt es keinen Orestkomplex ?), par Josefina SCHREIER (de Warbarth, Pensylvanie, U.S.A.). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, vol. 5, n° 4, décembre 1955, p. 198-205).

On peut admettre que les peuples méditerranéens de l'Antiquité ont connu d'abord le régime matriarcal, puis le régime patriarcal, qui est celui de la civilisation occidentale contemporaine. Les conceptions de Freud sont essentiellement valables pour le patriarcat. Il leur est difficile d'admettre chez la jeune fille l'équivalent du complexe d'Œdipe. Le complexe d'Electre ne peut constituer un équivalent, car Electre haïssait sa mère, consciemment. De même, dans la psychanalyse freudienne, on ne peut admettre le complexe d'Oreste. Le meurtre de Clytemnestre par son fils a marqué, en effet, le déclin du matriarcat. (Clytemnestre est la dernière femme qui ait pensé pouvoir punir son époux du meurtre rituel de sa fille). Il a été surtout le signe de l'établissement triomphant du patriarcat. L'acte d'Oreste, acte conscient, délibéré, ne pouvait être source de névrose. Tandis que les Euménides, protectrices du matriarcat, pardonnaient à Œdipe, c'est Apollon, et surtout Athéna, fille sans mère, née directement de Zeus, qui absout Oreste. A propos de la mythologie grecque, l'auteur fait des citations d'Eschyle et des commentaires sur certaines conséquences fâcheuses de la psychanalyse freudienne.

V.-J. DURAND.

THÉRAPEUTIQUE

Le primidone (mysoline) dans le traitement de l'épilepsie (Il primidone (Mysoline) nel trattamento dell'epilessia), par Gastone MACCAGNANI (d'Imola). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 5, 1955, p. 687-708).

Après avoir rappelé les recherches expérimentales et cliniques sur l'emploi de la mysoline dans le traitement de l'épilepsie, l'auteur rapporte les résultats obtenus chez 20 de ses malades. L'action est surtout nette sur les mani-

festations cliniques du grand mal, beaucoup moins dans celles du petit mal. La toxicité apparaît très faible, l'effet hypnotique est négligeable. Graphiques. Références.

V.-J. DURAND.

Possibilités, limites, indications et contre-indications du 4560 R. P. en psychiatrie (Possibilità, limiti, indicazioni e contro-indicazioni del 4560 RP (Largactil) in psichiatria), par Mario BALDUCCI (de Bari in Bisceglie). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 5, 1955, p. 709-729).

L'auteur, après un rapide rappel des propriétés essentielles des ganglioplégiques utilisés en psychiatrie, rapporte les résultats obtenus dans 110 cas traités par l'hypnothérapie potentialisée. L'impression est favorable. Le traitement renforce l'efficacité de la sismothérapie. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Contributions cliniques ultérieures à la thérapeutique sous-arachnoïdienne : résultats obtenus dans le triennat 1952-1954. X. Séquelles neurologiques de traumatismes. Psychopathies (Ulteriori contributi clinici alla terapia subaracnoidea : risultati ottenuti nel triennio 1952-1954. X. Postumi neurologici da trauma-Psicopatie), par Giuseppe Andrea BUSCAINO (de Cagliari). (*Acta neurologica*, Naples, 10^e année, n° 5, septembre-octobre 1955, p. 819-831).

Dans 14 cas de séquelles neurologiques post-traumatiques, traités par la méthode sous-arachnoïdienne iodée ou nicotinique, ont été obtenues 6 guérisons, 5 améliorations notables et une amélioration légère. Dans les psychopathies, l'efficacité a été sensiblement nulle. Récapitulant l'ensemble de ses travaux antérieurs, l'auteur montre que la méthode iodée sous-arachnoïdienne a agi surtout dans les arachnoïdites, l'hydrocéphalie primitive, les névraxites, les affections du système nerveux périphériques et les douleurs lancinantes du tabès. Quant à la thérapeutique sous-arachnoïdienne nicotinique, elle est principalement indiquée dans la chorée aiguë, les séquelles neurologiques post-traumatiques, les névraxites, les myélites et la sclérose en plaques.

V.-J. DURAND.

Effets biologiques et cliniques du traitement des syndromes schizophréniques par le sérum cytotoxique antiréticulaire (Effetti biologici e clinici del trattamento di sindromi schizofreniche con siero citotossico antireticolare), par M. BONIVENTO et M. BELSASSO (de Trieste). (*Acta neurologica*, Naples, 10^e année, n° 5, septembre-octobre 1955, p. 793-807).

Ces auteurs ont traité par le sérum cytotoxique anti-réticulaire 39 malades (surtout des schizophrènes). Les modifications observées au point de vue du taux protéique ont correspondu à une activation du système réticulo-endothélial (augmentation des globulines, modification des tests de labilité colloïdale, etc...). L'efficacité thérapeutique a été très restreinte, ce qui fait penser que les rapports entre système réticulo-endothélial et schizophrénie ne justifient pas l'emploi d'un tel traitement.

V.-J. DURAND.

Principes généraux de la thérapeutique par le travail, par P. S. VADON.
(*L'hygiène mentale*, 44^e année, 1955, n° 2, p. 54-65).

Rappelant tout d'abord le développement des diverses techniques d'ergothérapie, en particulier depuis Hermann Simon, l'auteur propose, en s'appuyant sur son expérience personnelle, une explication des mécanismes d'action de ce mode de traitement. Il a recours à la notion des fonctions hiérarchisées et des activités de plus en plus complexes qui se sont développées au cours des siècles. Le malade mental, en raison de son inadaptation sociale, a tout intérêt à retourner aux tâches primitives, archaïques, profondément inscrites dans ses structures nerveuses et qui permettront une mise au repos de ses fonctions plus récemment acquises. De nombreuses précisions sont données sur les facteurs qui peuvent intervenir dans le déroulement des différents stades de l'ergothérapie : groupes de travail, nature de la tâche, présence ou non d'un moniteur, qualités physiques de la matière travaillée, rythme, autonomie plus ou moins grande, responsabilité. Le choix du travail est très important : « Il va de soi que nous ne faisons jamais travailler un malade dans son métier. » Les étapes successives de l'ergothérapie dépendent de l'évolution des troubles et des progrès observés.

V.-J. DURAND.

L'infiltration procainique du sinus carotidien dans la thérapeutique des névroses. (L'infiltrazioni recorcanica del seno carotideo nella terapia delle nevrosi), par S. TOLONE et G. G. GIORDANO (de Naples). (*Acta neurologica*, Naples, 10^e année, n° 5, septembre-octobre 1955, p. 711-721).

Chez 32 névrotiques, les auteurs ont employé la méthode préconisée par Bachet et Marchais, des infiltrations procainiques péri-carotidiennes. Après avoir décrit le procédé, qui apparaît sans danger, pouvant s'appliquer en traitement ambulatoire, les auteurs rappellent leurs résultats, particulièrement favorables sur certaines composantes des syndromes névrotiques : état anxieux, épisodes dépressifs, manifestations de type hypercinétique sur base émotive. Enfin, est proposée une interprétation, attribuant les bons résultats obtenus à la variation neuro-végétative déterminée par l'action paralysante de la procaine sur le sinus carotidien. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Incidents et accidents dus à l'usage de la chlorpromazine en neuro-psychiatrie, par J. GONÇALVES LEITAO (de Lisbonne). (*Anais portugueses de psiquiatria*, vol. 6, n° 6, décembre 1954, p. 18-49).

L'auteur rappelle les incidents et accidents qui ont pu être signalés par l'administration de chlorpromazine. Les douleurs et indurations observées lors des injections intra-musculaires ne sont pas dues à l'acidité du produit, mais à une action toxique sur la cellule. L'hypotension, l'instabilité de la tension artérielle sont bien connues et nécessitent certaines précautions. Sur la température, la chlorpromazine peut avoir une action antithermique (chez les sujets fébriles), hypothermisante, hyperthermisante. La tachycardie est fréquente, mais on peut voir de la bradycardie. Il y a parfois des troubles

gastro-intestinaux. Les hématies sont généralement en diminution, de même que les leucocytes. Les véritables accidents sont rares. Néanmoins, sont rapportés ici, d'après différents auteurs : des cas de mort subite, de collapsus cardio-vasculaire, de thrombose, d'embolie, d'infarctus du myocarde, de bronchopneumonie, de subcoma, de syndrome parkinsonien, d'ictère, de phlébite. Divers commentaires sont faits à propos de ces accidents. Pendant le traitement, il y a généralement hypo-coagulabilité ; cependant après la cure peut apparaître de l'hyper-coagulabilité. Si on reprend alors la chlorpromazine, cette hyper-coagulabilité augmente encore, même en cas de prise d'anti-coagulants. En terminant, l'auteur signale des cas de phénomènes cutanés d'intolérance. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Conseils psychologiques pour les durs d'oreille en Suisse et en Amérique du Nord (Psychologische Beratung bei Schwerhörigen in der Schweiz und in Nord-Amerika), par Elisabeth BOLLAG (de Zürich). (*Pro Infirmis*, Zürich, 14^e année, n° 7, 1^{er} janvier 1956, p. 202-207).

L'auteur compare certaines méthodes psychothérapiques employées, soit en Suisse, soit aux Etats-Unis (particulièrement à la John Tracy Clinic), pour les enfants ou les adultes sourds. L'atmosphère de compréhension, d'aide, de conseil, est indispensable. Les psychothérapies de groupe peuvent se montrer très utiles. Il faut essayer de faire une synthèse entre les méthodes psychologiques et celles d'assistance.

V.-J. DURAND.

Un nouveau traitement des psychonévroses : le chlorhydrate de l'acide benzilique diéthylaminoéthylester, par André PLICHET (*La presse médicale*, 63, n° 84, 17 décembre 1955, p. 1748).

Le chlorhydrate de l'acide benzilique diéthylaminoéthylester, ou bécacytine, ou suavitil, ou parasan, avait déjà été étudié par B. N. Halpern en 1938. Récemment, des auteurs danois l'ont employé dans le traitement des psychonévroses ; à des doses de 1 mgr. 50, à 4 mgr. 50 par jour, en trois prises, le médicament s'est montré efficace dans 75 % des cas, chez des malades atteints d'états dépressifs, ou présentant des réactions anxieuses ou des obsessions. La tolérance est bonne. Il ne semble pas y avoir d'accoutumance. Le mécanisme d'action paraît consister surtout en une élévation du seuil des émotions déclenchées par des excitations et un ralentissement de la coordination des idées. L'anxiété est apaisée, le malade devient plus sociable, plus accessible à la psychothérapie.

V.-J. DURAND.

Applications de la chlorpromazine lors de troubles neuro-végétatifs, par R. JUNET (de Genève). (*Médecine et hygiène*, Genève, 14^e année, n° 316, 20 janvier 1956, p. 16-17).

L'auteur, s'appuyant sur une étude de la littérature et sur des résultats personnels, montre la valeur thérapeutique de la chlorpromazine au cours de différents troubles neuro-végétatifs plus ou moins graves : états neurotoniques des nourrissons, syndromes malins des maladies infectieuses, encé-

phalites de l'enfant, comas oxycarbonés, certaines formes graves d'hémiplégies, infarctus du myocarde, asystolie (comme potentialisateur des cardiotoniques), angiopathies périphériques, asthme bronchique et état de mal asthmatique, hyperthyroïses.

V.-J. DURAND.

Les cures insuliniques prolongées et la post-cure dans le traitement de la démence précoce, par L. GAYRAL, Y. HERVÉ, J. CARRIÉ et L. FOURNY. (*Toulouse médical*, n° 8, septembre 1955, p. 501-513).

Il y a souvent intérêt, dans le traitement de la schizophrénie, à employer dès cures de Sakel prolongées, avec plus de 100 comas. C'est parfois après 80 ou 90 comas qu'apparaissent les premiers signes d'amélioration. A ce moment, l'électro-sismothérapie peut constituer une utile méthode d'appoint. Il en est de même de la réserpine et, parfois, de la chlorpromazine. La post-cure nécessite des soins particuliers : la psychothérapie est l'élément essentiel. On peut y associer, à titre de méthodes complémentaires : l'électro-choc contrôlé, l'électro-narcose, la réserpine à doses modérées, la chlorpromazine. Onze observations sont rapportées, montrant la valeur de cette thérapeutique et l'utilité fréquente d'un nombre élevé de comas insuliniques.

V.-J. DURAND.

Techniques psychothérapiques à employer chez les psychotiques (Psychotherapy techniques for use with psychotics), par Albert ELLIS (de New-York). (*American journal of psychotherapy*, vol. 9, n° 3, juillet 1955, p. 452-476).

L'auteur fait une révision de la littérature de 1950 à 1953 sur les techniques psychothérapiques utilisables chez les psychotiques. Le nombre des méthodes proposées est très grand. Il y a de très importants désaccords entre les divers psychothérapeutes, en raison des contradictions existantes. On peut cependant observer un éclectisme progressivement croissant pour l'emploi des techniques de traitement. D'autre part, tandis que les travaux antérieurs insistaient sur les méthodes expressives des émotions et interprétatives, les publications les plus récentes mettent surtout en valeur les méthodes directives de l'activité et de soutien. Quelques différences significatives existent entre les variétés de techniques psychothérapiques utilisables chez les psychotiques et celles qu'il est recommandé d'employer chez les névrotiques. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Technique, complications et résultats de la thérapeutique par la chlorpromazine (Técnica, complicaciones y resultados de la terapeutica con la clorpromacina), par Ramon SARRO. (*Revista de psiquiatria y psicologia medica de Europa y America latinas*, t. 3, n° 3, juillet-août-septembre 1955, p. 215-222).

L'auteur propose le terme d'orthothymique pour distinguer l'action spécifique de la chlorpromazine sur les fonctions nerveuses, de celle des médications hypnotiques, sédatives, hibernothérapiques et des cures de sommeil.

Il expose la technique, les rares incidents possibles et les résultats personnels obtenus par lui à la clinique psychiatrique universitaire de Barcelone, et à l'institut Pedro Mata, à Reus. En conclusion, il montre la valeur remarquable des progrès thérapeutiques rendus possibles en psychiatrie grâce à la chlorpromazine.

V.-J. DURAND.

Principes et pratique de la thérapeutique de Morita, par Takehisa KORA (de Tokio). (*L'hygiène mentale*, 44^e année, n° 2, 1955, p. 41-53).

La thérapeutique de Morita est une forme de psychothérapie imaginée en 1918 par Shoma Morita, professeur à la Faculté de médecine Jikei-Kai de Tokio. Elle constitue une application de la théorie de cet auteur sur l'origine des névroses. Elle s'applique surtout à la neurasthénie, à la névrose obsessionnelle, à la névrose d'angoisse. Ces trois affections, groupées par Morita sous le terme de nervosisme, se voient principalement chez des sujets ayant des tendances à l'introversion. Elles s'observent chez des hypochondriaques, à la suite d'un facteur déclenchant, auquel succède une réaction d'inquiétude, d'anxiété avec auto-suggestion, parfois développement d'idées obsédantes. Les symptômes du nervosisme sont la conséquence d'un conflit, né du désir de fuir certaines situations psychologiques, vécues comme traumatisantes par le sujet. Le traitement comprend plusieurs phases, au cours desquelles le malade doit accepter les souffrances et les préoccupations telles qu'elles sont. Le premier stade est une phase de repos absolu au lit (4 à 7 jours) : sans lire, ni écrire, ni parler. Puis, survient une période de travail léger consécutive au lever (5 à 10 jours). Ensuite, est prescrite une phase de travail modéré (5 à 10 jours) : l'activité amène un apaisement des troubles. Enfin, c'est la période de gros travail (5 à 10 jours). Les principes directeurs du traitement sont décrits, basés essentiellement sur la nécessité, pour le malade, de bien comprendre ses troubles. A titre d'exemples, sont indiqués les traitements de l'insomnie névrotique, de la névrose cardiaque, de l'homophobie. Les résultats obtenus avec la thérapeutique de Morita sont : guérison : 65 % ; rémission : 30 % ; sans changement : 5 %, pour une hospitalisation moyenne de 40 jours.

V.-J. DURAND.

Traitement des psychoses par l'hibernation d'après la méthode de Laborit (*Psychosenbehandlung mit Hibernation nach Laborit*), par Nemanja VURDELJA et Gojko JELESIC (de Novi Sad). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, vol. 5, n° 4, décembre 1955, p. 193-197).

Dans 25 cas de psychoses et un de chorée aiguë, les auteurs ont employé la méthode d'hibernation de Laborit avec mélange M1 et cocktail n° 1. Le traitement s'est montré assez facile à conduire, sans danger, mais surtout a permis d'obtenir une amélioration rapide. Au bout de 24 heures, les symptômes morbides marquent déjà une importante sédation. Dans douze cas de schizophrénie, rebelles à l'insuline et à l'électro-choc, l'efficacité de l'hibernation a été limitée. La chorée a été rapidement guérie. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Bases expérimentales des indications de la chlorpromazine et de la réserpine dans la thérapeutique neuropsychiatrique (Basi sperimentali alle indicazioni della cloropromazina e della reserpina nella terapia neuropsichiatrica), par Mirko CARRERAS et Franco ANGELERI (de Parme). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 1, fasc. 3-4, juillet-décembre 1955, p. 473-525).

Les auteurs ont fait d'importantes recherches expérimentales chez l'animal avec la chlorpromazine et la réserpine. Ils pensent que l'action de ces corps prédomine sur le diencéphale et surtout sur la formation réticulée du tronc cérébral : la chlorpromazine y ayant un effet dépresseur, la réserpine une action d'excitation. Les deux substances ne paraissent pas influencer le cortex cérébral ; les modifications de l'électro-encéphalogramme viendraient de l'action sur la formation réticulée ascendante. L'effet sédatif de la réserpine semble difficile à expliquer, du fait de l'excitation produite par ce médicament sur la formation réticulée. Les auteurs cherchent à préciser les indications respectives des deux corps. Peut-être doit-on rappeler la prescription de Visintori : « Aux deux extrémités de la liste, existent deux indications électives différentes (états d'excitation : chlorpromazine ; désordres du comportement dans les psychoses organiques : réserpine). Au milieu, existe un large champ de superposition et de hiérarchie. » Il n'est pas toujours possible d'expliquer physiologiquement les résultats thérapeutiques obtenus, soit par la chlorpromazine, soit par la réserpine. 18 figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Acétylcholine et schizophrénie (Acetilcolina e schizofrenia), par Francesco CATAGNI (de Florence). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 6, 1955, p. 842-848).

L'auteur rapporte dix cas de schizophrénie traités par injections intra-veineuses rapides de 50 cgr. de bromure d'acétylcholine selon la méthode de Fiamberti. Bien que la série n'ait compris que vingt injections, soit beaucoup moins que dans le procédé original, les résultats ont été encourageants ; aucun incident n'a été observé.

V.-J. DURAND.

Nouvelles acquisitions en thérapeutique psychiatrique : hibernothérapie, sommeil prolongé et neuroplégiques (Nuove acquisizioni in terapia psichiatrica : ibernoterapia, sonno prolungato e neuroplegici), par Annibale PUCA (d'Aversa). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 6, 1955, p. 849-856).

L'auteur décrit les méthodes basées sur la technique de l'hibernation artificielle de Laborit et sur l'emploi des neuroplégiques et du sommeil prolongé. Se basant sur quelques données de la littérature et sur ses observations personnelles, il donne des indications sur ces divers procédés thérapeutiques et précise leur valeur.

V.-J. DURAND.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN de la Société médico-psychologique, séance entièrement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 11 juin 1956*, à 10 heures *très précises*, à l'amphithéâtre de l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e arrondissement).

La séance ordinaire de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 juin 1956*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI^e arrondissement).

La *séance unique* du mois de JUILLET aura lieu le *lundi 9 juillet 1956*, à 10 heures *très précises*, à l'amphithéâtre de l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e arrondissement).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le D^r Jacques LAUNAY, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord), est nommé médecin-assistant à l'établissement national de bienfaisance de Saint-Maurice (Seine), service du P^r BARUK, pour trois ans.

(J.O. du 6-3-1956, p. 2316).

M. le D^r TosQUELLES, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban (Lozère), est nommé médecin-directeur du même établissement.

(J.O. du 15-4-1956, p. 3672).

Administration centrale

M. Paul CHATEL, administrateur civil de 2^e classe à l'administration centrale du secrétariat d'Etat à la santé publique et à la population, est maintenu en service détaché, en qualité de directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Prémontré (Aisne), pour une période maximum de cinq ans, à compter du 26 février 1956.

(J.O. du 20-4-1956, p. 3834).

Vacances de poste

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant au quartier psychiatrique des hospices de Nantes (poste créé).

(J.O. du 5-5-1956, p. 4290).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à la maison départementale des Petits-Prés (Seine-et-Oise) (service spécialisé pour malades mentaux).

(J.O. du 11-5-1956).

Les candidatures doivent être adressées dans un délai de trois semaines au ministère des affaires sociales, secrétariat d'Etat à la santé (direction de l'administration générale du personnel et du budget, 7, rue de Tilsitt, Paris, 17^e).

Poste d'internes vacants

Trois postes d'internes sont actuellement vacants dans les services de psychiatrie du centre hospitalier de Niort.

Pour les renseignements, s'adresser au directeur du centre hospitalier Georges-Renon à Niort.

CONCOURS

Concours du médicament des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Ce concours a eu lieu à Paris, le 9 avril dernier.

Ont été reçus médecins des hôpitaux psychiatriques de la Seine : 1) D^r BONNAFÉ ; 2) D^r BERTRAND ; 3) D^r CÉNAC-THALY.

Le jury était composé de : M. le D^r AUJALEU, président ; M. MANS, inspecteur général ; Mme PICHOT, représentant M. le Préfet de la Seine ; MM. les P^{rs} HEUYER, BARUK, NATRAC (désigné, était absent) ; MM. les D^{rs} LE GUILLANT, DAUMÉZON.

Avis de recrutement sur titres pour le recrutement de quatre assistantes sociales à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan).

Un concours sur titres pour le recrutement de quatre assistantes sociales aura lieu le 24 mai 1956, à la préfecture du Morbihan, à Vannes.

La liste des inscriptions sera close le 14 mai 1956.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan), ou à la préfecture du Morbihan (2^e division, 3^e bureau).

(J.O. du 26-4-1956, p. 4035).

Directeur-gérant : Olivier GARAND.

MASSON et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1956 (2^e trimestre). — Numéro d'ordre : 2.371
Cahors, Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé). — 89.325. — 1956

17-7-1

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE



FONDATEUR :

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

PAUL ABÉLY

114^e Année - T. 1 - N° 1

Janvier 1956



MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1956)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN, René CHARPENTIER

Directeur-Gérant : Olivier GARAND

Rédacteur en Chef : Paul ABÉLY

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. X. ABÉLY, H. BARUK, H. BEAUDOUIN, P. BEAUSSART, P. COMBEMALE, P. COSSA,
P. COURBON, J. DELAY, P. DELMAS-MARSALET, J. DUBLINEAU, J. EUZIERE, H. EY,
A. FRIBOURG-BLANC, P. GUIRAUD, J. HAMEL, G. HEUYER, D. LAGACHE, J. LAUZIER,
J. LÉPINE, J. LHERMITTE, L. MARCHAND, L. MICHAUX, E. MINKOWSKI, P. NAYRAC,
N. PERON, H. PIERON, A. POROT, G. RAVIART, M. RISER, Th. SIMON, H. WALLON.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1956)

(L'abonnement part du 1^{er} janvier)

France et Union Française.....	3.900 frs
Belgique et Luxembourg.....	600 frs belges
Autres-pays.....	\$ U.S.A. 12

(Ces prix sont également payables au cours des règlements commerciaux,
le jour du paiement).

Changement d'adresse : 50 fr.

COLLECTIONS DISPONIBLES, CONDITIONS SUR DEMANDE

Années 1843 à 1955

Les années 1844, 1846, 1847, 1854 et 1860 sont épuisées.

Les années 1843, 1848, 1853, 1874, 1907 et 1948 sont rares et ne peuvent
être acquises qu'avec la collection.

L'année mixte 1914-1915 forme 2 volumes. L'année 1916 et l'année 1917
formant chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte.

Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866), 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878), 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930), 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome IV (1931 à 1950), 1 vol.

Chacun de ces 4 volumes contient une table alphabétique par noms d'au-
teurs et une table analytique des matières.

Cinquantenaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol.

Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1943, 1 vol.

Centenaire de la Société médico-psychologique, 1952, 1 vol.

Les Annales médico-psychologiques forment chaque année 2 volumes in-8°.

.....
(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

Adresser tout ce qui concerne la Rédaction au Dr Paul ABÉLY,
Hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIV°).

MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MEDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Table générale et alphabétique

TOME IV

(1931 à 1950)

Un volume de 858 pages..... 5.000 fr.

(plus frais d'envoi : 200 fr.)

PRÉCÉDEMMENT PARUS :

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866), 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878), 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930), 1 vol.

Ces 4 volumes, contenant chacun une « table alphabétique par noms d'auteurs » et une « table analytique des matières » constituent l'unique répertoire bibliographique des travaux neuro-psychiatriques publiés depuis 1843.

COLLECTIONS DU

Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale
depuis sa fondation en 1908

17 volumes brochés avec nombreuses figures dans le texte et planches hors texte
(Tomes I à XV et XVIII). Années 1908 à 1928 et 1930. Le tome XVII (1929) est épuisé

Médecine mentale de guerre. N° spécial, décembre 1917

Conditions sur demande

CLINIQUE MEDICALE

DE

CHAILLOT

15, Rue Boissière, PARIS-16°

Téléphone : KLEber 59-56

Docteur GARAND

Docteur MIGAULT

Anciens Chefs de Clinique à la Faculté de Paris



MALADIES

DU SYSTEME NERVEUX

MEDECINE GENERALE

(Contagieux exceptés)

R E G I M E S

TRAITEMENTS DE L'ALCOOLISME

Published in France.

